

UNIVERZITA KARLOVA

FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI
KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

Hormonální antikoncepce – informovanost uživatelů

Diplomová práce

Hormonal Contraception – Users' Knowledge

Diploma Thesis

Vedoucí katedry: Prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Helena Marešová

Hradec Králové, 2016

Jana Křiklánová

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové dne

.....

Tímto bych chtěla poděkovat PharmDr. Heleně Marešové za vedení mé práce a nekonečnou trpělivost.

Dále bych ráda poděkovala Ing. Zdeňku Kotalovi za pomoc se statistickým zpracováním a technickou podporu.

1	ÚVOD A CÍL PRÁCE	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1	Vznik hormonální antikoncepce	8
2.2	Menstruační cyklus	9
2.3	Mechanismus účinku hormonální antikoncepce	10
2.4	Druhy hormonální antikoncepce	10
2.4.1	Kombinovaná hormonální antikoncepce	11
2.4.1.1	Hormony používané v kombinované hormonální antikoncepci – estrogeny	11
2.4.1.2	Hormony používané v kombinované hormonální antikoncepci – progestiny	11
2.4.1.3	Formy kombinované hormonální antikoncepce	12
2.4.2	Gestagenní hormonální antikoncepce	13
2.4.2.1	Hormony používané v gestagenní antikoncepci	13
2.4.2.2	Formy gestagenní antikoncepce	14
2.4.3	Postkoitální antikoncepce	15
2.5	Kontraindikace hormonální antikoncepce	15
2.6	Rizika a nežádoucí vedlejší účinky užívání hormonální antikoncepce	17
2.6.1	Hluboká žilní trombóza	17
2.6.2	Kardiovaskulární onemocnění	18
2.6.3	Cévní mozková příhoda	18
2.6.4	Karcinom prsu a děložního hrdla	18
2.6.5	Lékové interakce	19
2.6.6	Vliv na výběr životního partnera	19
2.6.7	Ekologické dopady	19
2.6.8	Nežádoucí účinky gestagenní hormonální antikoncepce	20
2.7	Pozitivní vedlejší účinky hormonální antikoncepce	20
2.8	Spolehlivost hormonální antikoncepce	21

3	METODICKÁ ČÁST	22
3.1	Popis použité metodiky	22
3.2	Tématické okruhy.....	22
3.3	Výběr terénu k průzkumu.....	23
3.4	Metodika sběru dat	23
3.5	Metodika zpracování dat	24
4	VÝSLEDKY	25
4.1	Věk	25
4.2	Dosažené vzdělání.....	26
4.3	Obor studia/zaměstnání	27
4.4	Místo bydliště dle počtu obyvatel	28
4.5	Rodinný stav.....	29
4.6	Aktuální užívání/neužívání hormonální antikoncepce	29
4.7	Věk započetí užívání hormonální antikoncepce	31
4.8	Celková doba užívání hormonální antikoncepce	32
4.9	Hlavní důvod započetí užívání hormonální antikoncepce	33
4.10	Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce	34
4.11	Možné ovlivnění okolím pro volbu této konkrétní metody antikoncepce	35
4.12	Důvod ukončení užívání hormonální antikoncepce	37
4.13	Spokojenost s užíváním hormonální antikoncepce	39
4.14	Zdroj informací o hormonální antikoncepci	41
4.15	Osobní pocit dostatečné informovanosti	42
4.16	Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví	43
4.17	Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů	44
4.18	Názor na ovlivnění životního prostředí.....	45
4.19	Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera.....	46
4.20	Znalost nežádoucích účinků a rizik.....	46

4.21	Znalost kontraindikací.....	49
4.22	Znalost důvodů k vysazení.....	52
4.23	Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce.....	52
4.24	Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce	55
4.25	Prostor pro vlastní vyjádření	58
5	Diskuze	59
6	Závěr.....	68
7	Seznam použité literatury	70
8	Seznam zkratk.....	74
9	Seznam tabulek.....	75
10	Seznam grafů	76
11	Příloha.....	77

1 ÚVOD A CÍL PRÁCE

Hormonální antikoncepce je nejrozšířenější kontracepční metodou v České republice. Kromě vysoce spolehlivého antikoncepčního účinku přináší také různé nekontracepční výhody. Od svého vzniku v šedesátých letech se velmi změnila, dávky hormonů se snížily, avšak stále přetrvávají některá významná zdravotní rizika. Jsou sice poměrně vzácná, o to však závažnější.

Již před nějakou dobou jsem zaznamenala diskuzi na téma škodlivosti. Avšak ve svém okolí jsem se často setkala s až překvapivě neinformovanými uživatelkami hormonální antikoncepce. Zdá se, že si ženy příliš neuvědomují, že se stále jedná o léčivý přípravek a jako takový může mít i negativní vedlejší účinky. Protože se však jedná o léčivo do značné míry zbytečné – což už je však na posouzení konkrétní ženy či páru – připadá mi o to důležitější, aby se potenciální uživatelka mohla dostatečně informovaně rozhodnout. Mimo klasických dopadů přímo na zdravotní stav uživatelky se také polemizuje o vlivu na výběr životního partnera a působení složek antikoncepce jako hormonálních disruptorů. Kromě jednotlivce tedy může ovlivňovat celou planetu.

Za hlavní cíl práce jsem si stanovila zjistit, jak dobře jsou ženy informovány o případných zdravotních rizicích, vedlejších účincích a kontraindikacích, což se týká přímo jejich osoby a kde tyto informace získávají. Dále zda si připouští celosvětové ekologické dopady, které může masové užívání hormonální antikoncepce mít. Okrajově jsem se pak zaměřila na důvody a spokojenost s vlastním užíváním. Dotazníkové šetření probíhalo mezi ženami, které hormonální antikoncepci užívají nebo někdy dříve užívaly.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vznik hormonální antikoncepce

První, kdo dokázal zabránit ovulaci u laboratorních zvířat, byl Ludwig Haberlandt (1885 – 1932), profesor fyziologie na univerzitě v Innsbrucku. Počátkem dvacátých let dvacátého století zjistil, že ovulaci mohou inhibovat výtažky z vaječníků jiného, březího, zvířete. Myšlenka použití u člověka se však setkala s kritikou, jeho nápad byl v rozporu s morálkou, etikou, náboženstvím i politikou té doby. Přesto nakonec vyvinul hormonální preparát Infecundin a v roce 1930 začal s klinickými zkouškami. Po jeho předčasné smrti o dva roky později se vývoj zastavil. (Haberlandt 2009; Křepelka 2013)

Haberlandtovo pojetí hormonální sterilizace potvrdily v roce 1922 pokusy Otfrieda Otty Fellnera, který zvířatům injekčně podával estrogenní výtažky z vaječníků a placenty a tím jim způsoboval neplodnost. Také Leo Loeb zjistil v roce 1927 podobný efekt při použití folikulárních extraktů. Tentýž rok Fellner publikoval podrobnější zprávu, kde navrhl dvě hypotézy působení tzv. „femininu“, což je Fellnerovo označení jím používaného estrogenního materiálu. První říká, že feminin ve velkých dávkách způsobuje sterilitu poškozením vajíčka. Druhá tvrdí, že efekt závisí na dávce a pouze pokud je feminin podáván ve velmi velkých dávkách, potlačuje ovulaci. Když se ve třicátých letech dvacátého století čisté estrogeny staly dostupnými pro experimentální použití, ukázalo se, že jsou platné obě hypotézy. Pokusy ukázaly, že efekt estrogenů potlačující ovulaci je zprostředkován hypofýzou. Dále bylo zjištěno, že estrogeny ve velkých dávkách narušují pohyb vajíčka vejcovodem a dělohou a že narušují působení progesteronu na endometrium. (Simmer 1971)

Plošné použití nebylo tehdy možné, protože získávání steroidních hormonů z živočišných tkání bylo velmi drahé a chemická syntéza dosud nebyla známá. Americký chemik Russell Marker však o něco později zjistil, že hlíza rostliny Yam mexický obsahuje látku, kterou lze degradovat na progesteron. Jeho nástupcům se pak podařilo zvýšit stabilitu molekuly redukcí C19. Tím vznikla skupina 19-nor-steroidů, které je možné podávat perorálně.

Uplatnění steroidních hormonů jako humánní kontracepce prosazoval biolog Gregory Pincus a ve spolupráci s Min Chueh Changem identifikoval nejefektivnější látky potlačující ovulaci. V roce 1956 proběhla klinická studie v Portoriku, díky jejímž výsledkům byly na trh uvedeny látky sloužící pro léčbu poruch menstruačního cyklu. V těchto

preparátech byl progesteron znečištěn zhruba 4-7 % mestranolu, což se ukázalo být přínosem – samotný mestranol má inhibiční efekt na ovulaci a snižuje výskyt průnikového krvácení ve srovnání s čistým progesteronem. Později, v roce 1960, byl americkým úřadem pro kontrolu potravin a léčiv schválen kombinovaný přípravek Enovid, který byl jako první oficiálně prodáván jako hormonální antikoncepce (HA). Enovid obsahoval 150 µg mestranolu a 9,58 mg norethynodrelu v jedné tabletě. Od roku 1961 se HA dostává také do Evropy jako tablety s názvem Anovlar. Po deseti letech vzniká i první čistě gestagenní antikoncepce. Postupný vývojem se obsah hormonů snížil až na dnešních méně než 50µg estrogenní a nejčastěji 2-3 mg gestagenní složky v jedné tabletě kombinované hormonální antikoncepce. (Fait 2012; Křepelka 2013; Pletzer a Kerschbaum 2014)

2.2 Menstruační cyklus

Z hlediska hormonální změn, které jsou pro pochopení působení hormonální antikoncepce podstatnější, existují dvě fáze menstruačního cyklu – folikulární a luteální.

Jako první den cyklu se označuje první den menstruačního krvácení, které je způsobeno rychlým poklesem hormonálních hladin – do endometria přestane proudit krev a to pak odumře. Za normu se považuje krvácení trvající 2-7 dní.

Ve folikulární fázi, díky zániku žlutého tělíska a tím i ukončení inhibičního působení progesteronu a estradiolu, roste hladina folikulostimulačního hormonu (FSH) způsobující vznik granulózových buněk, které tvoří estradiol, a následně růst folikulů ve vaječníku. Hlavním folikulem se stane ten, který má nejvíce receptorů pro FSH a granulózových buněk, tím pádem tvoří nejvíce estradiolu. Ten mechanismem negativní zpětné vazby snižuje hladinu FSH, díky čemuž zaniknou nepotřebné folikuly.

Ve chvíli, kdy množství produkovaného estradiolu dostatečně vzroste, mechanismem pozitivní zpětné vazby se prudce zvýší hladina luteinizačního hormonu (LH), což do asi dvou dnů způsobí prasknutí folikulu a uvolnění zralého vajíčka – ovulaci a zachycení vajíčka vejcovodem. Plodné období ženy se udává přibližně tři dny před ovulací a nanejvýš jeden den po ní.

Po ovulaci nastává luteální fáze, kdy dochází k přeměně prasklého folikulu na žluté tělísko – *corpus luteum*. To produkuje progesteron, který brání růstu folikulů a má vliv na přeměnu děložní sliznice, což je podstatné pro případné těhotenství. *Corpus luteum* má životnost přibližně dva týdny, díky čemuž má luteální fáze na rozdíl od folikulární u většiny

žen zhruba stejně dlouhé trvání. Po zániku žlutého tělíska rychle klesá hladina progesteronu a nastává menstruační krvácení. (Barták 2006; Křepelka 2013; Nelson et al. 2014)

2.3 Mechanismus účinku hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce má hned několik doplňujících se mechanismů účinku, které jsou zapříčiněny působením na hypotalamo-hypofyzo-ovariální systém.

Nejpodstatnější je blokáda ovulace – tento efekt mají estrogeny i progestiny. Principiálně jde o negativní zpětnou vazbu. Za normálních okolností je produkce hormonů ve vaječnících řízena hypotalamem. Ten vyplavuje gonadoliberiny (GnRH), které regulují vyplavování gonadotropinů z hypofýzy. Hypofyzární gonadotropiny jsou folikulostimulační hormon a luteinizační hormon – díky nim se zvyšuje produkce estrogenů a gestagenů ve vaječnících, avšak zvyšování hladiny zpětnou vazbou tlumí uvolňování FSH a LH. Externě dodávané estrogeny tedy blokují tvorbu folikulostimulačního hormonu, progestiny brání vyplavení luteinizačního hormonu. (Barták 2006; Koliba 2007; Křepelka 2013) *Vliv na výdej gonadotropinů pomocí zpětné vazby trvá cca 7-10 dní a není ani tak závislý na celkové hladině, jako spíše na kontinuální, trvalé hodnotě hormonů v krvi. (Koliba 2007)*

Progestiny také způsobují uzavření děložního hrdla a mění strukturu cervikálního hlenu, pro spermie je tedy cesta neprostupná.

Dalšími mechanismy jsou zhoršení pohybu spermií jak dělohou, tak vejcovody. Díky tomu, že děložní sliznice neroste, také není připravena k nidaci oplodněného vajíčka. (Barták 2006; Koliba 2007; Křepelka 2013)

2.4 Druhy hormonální antikoncepce

Nejzákladnějším dělením HA je na kombinovanou estrogen-gestagenní a čistě gestagenní. Obě formy se pak dále liší aplikační formou, konkrétním druhem použitých hormonů, případně fázicitou či cyklicitou podávání. (Čepický 2004; Fait 2012)

2.4.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná HA se skládá ze dvou složek – estrogeneru a progestinu. Používaným syntetickým estrogenem je v drtivé většině etinylestradiol, rozdíl mezi jednotlivými přípravky je pouze v dávce. Jedinou výjimku tvoří přípravek, který obsahuje estradiol valerát, tedy ester přirozené formy estrogeneru. Paleta používaných progestinů je oproti tomu značně rozmanitá.

Na českém trhu jsou dostupné přípravky v různých formách. Nejčastěji používané jsou tablety (COC – combined oral contraception), ale existuje i transdermální náplast či vaginální kroužek. (Čepický a Fanta 2011; Čepický a Čepická Líbalová 2011)

2.4.1.1 Hormony používané v kombinované hormonální antikoncepci – estrogeny

Jak již bylo zmíněno výše, zdaleka nejpoužívanějším estrogenem je etinylestradiol, přesněji 17 β -etinylestradiol. Z názvu vidíme, že se jedná o estradiol s etinylovou skupinou na uhlíku 17, která zabraňuje oxidaci molekuly (Čepický a Fanta 2011; Čepický a Čepická Líbalová 2011), což zvyšuje estrogenní aktivitu, stabilitu a umožňuje perorální podání. (Cibula et al. 2002) Dříve používaný mestranol je vlastně proléčivem etinylestradiolu, konkrétně jeho 3-metyleter. V játrech se demetyluje na aktivní etinylestradiol, což také podmiňuje jeho účinnost. Preparáty, které ho obsahovaly, však byly staženy, existovala možnost poškození jater. (Čepický a Fanta 2011; Ferin et al. 1997)

Estradiol je estrogenem přirozeně vznikajícím ve vaječnících, po perorálním podání ale rychle podléhá biotransformaci, v přírodní formě tedy nemá účinky dostačující k použití v COC. Aplikaci umožnilo až vytvoření vhodného esteru – estradiol valerátu. Ten je po perorálním podání v játrech metabolizován na estradiol. (Čepický 2009; Čepický a Čepická Líbalová 2011; Křepelka 2010)

2.4.1.2 Hormony používané v kombinované hormonální antikoncepci – progestiny

Množství progestinů na našem trhu je nepoměrně větší než množství estrogenů. Pro klinické použití je nejdůležitější následující klasifikace na základě androgenních či antiandrogenních vlastností.

Reziduálně androgenní aktivitu mají noretisteron, lynestrenol a levonorgestrel. Preparáty obsahující tyto progestiny jsou vhodné pro ženy, které od hormonální antikoncepce neočekávají žádný jiný efekt než antikoncepci, výhodou je příznivá cena.

Mezi progestiny se slabě androgenní až téměř nulovou androgenní aktivitou patří desogestrel, gestoden a norgestimat. Ty jsou v současné době nejvíce předepisované. (Čepický a Čepická Líbalová 2011)

Čím je vyšší antiandrogenní aktivita (resp. čím je nižší androgenní aktivita), tím je vyšší příznivý vliv na mastnou pleť, akné, ochlupení mužského typu, padání vlasů mužského typu. (Čepický a Čepická Líbalová 2011, s. 10) Antiandrogenní aktivitu vykazují cyproteronacetát, chlormadinonacetát, dienogest.

Drospirenon, jenž je odvozen od spironolaktonu, lze řadit do samostatné kategorie progestinů s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou. Vzhledem k tomu, že mezi účinky estrogenů patří i zvýšení hladiny aldosteronu, je výhodný protichůdný efekt antimineralokortikoidně působícího drospirenonu. Díky tomu se předchází retenci vody a tím i některým nežádoucím účinkům. Následkem je všeobecně lepší snášenlivost preparátů obsahující progestin s antimineralokortikoidní aktivitou. (Čepický a Fanta 2011; Čepický a Čepická Líbalová 2011; Fait et al. 2014)

2.4.1.3 Formy kombinované hormonální antikoncepce

V České republice je kombinovaná HA dostupná ve formě perorální a také parenterální – jako transdermální náplast či vaginální kroužek. Nejpoužívanější formou kombinované hormonální antikoncepce je forma perorální – tablety. (Křepelka 2013) Ty se kromě již zmíněných různých druhů progestinů či estrogenů rozdělují podle různých kritérií.

Jedním z nich může být tzv. fázicita. Nejjednodušší na užívání a také nejoblíbenější jsou jednofázové přípravky. Ve všech tabletách je stejná dávka estrogenu i progestinu, což umožňuje případné snadné posunutí nebo úplné vynechání pseudomenstruačního krvácení. Dále existují dvoufázové přípravky, u kterých se v průběhu cyklu zvýší dávka progestinu a může se snížit dávka estrogenu. U třífázových přípravků se v jednotlivých třetinách zvyšuje dávka progestinu, dávka estrogenu se obvykle ve druhé třetině zvýší a pak opět sníží. Specifickým – dynamickým – dávkováním se vyznačuje preparát s estradiol valerátem, kde změna dávky estrogenu i progestinu proběhne během cyklu několikrát.

Různé preparáty se mimo jiné odlišují i počtem aktivních a placebo tablet, případně dní, kdy se neužívá žádná tableta. (Čepický a Čepická Líbalová 2011)

Obsah etinylestradiolu v různých přípravcích COC se liší. Vysokodávkové ho obsahují 40-50 µg, nízkodávkové 30-37,5 µg a velmi nízkodávkové 15-20 µg. Spolehlivost

jednotlivých přípravků se neliší, pouze se snižujícím se obsahem se zvyšuje četnost krvácení z průniku. Na druhou stranu se zvyšujícím se obsahem roste zároveň i výskyt nežádoucích účinků a zdravotních rizik (hluboká žilní trombóza). Pozitivem vyššího obsahu estrogenu je zvýšená tvorba SHBG (sex hormone-binding globulin – globulin vážící pohlavní hormony). Ten na sebe váže mimo jiných pohlavních hormonů hlavně testosteron. Při zvýšené tvorbě SHBG je tedy možné pozorovat pozitivní efekt na pleť či akné, ale i na další potíže související s hladinou testosteronu. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Fait et al. 2014)

U parenterálních forem však tvorba SHBG stimulována není a rovněž estradiol valerát tvorbu SHBG nestimuluje. (Čepický a Čepická Líbalová 2011, s. 10) *Náplasti a vaginální kroužky podle toho odpovídají pilulkám monofázickým, s velmi nízkou dávkou etinylestradiolu, s progestinem s minimální androgenní aktivitou.* (Roztočil a Bartoš 2011, s. 112) Vaginální kroužek se zavádí na tři týdny, transdermální náplast se lepí nová jednou za týden tři týdny po sobě. Čtvrtý týden se v obou případech ponechává pauza bez hormonů, kdy je ovšem zachována kontracepční účinnost. Nicméně oba přípravky je také možno používat kontinuálně a tím se zcela vyhnout pseudomenstruačnímu krvácení. (Čepický a Čepická Líbalová 2011)

Všechny formy kombinované hormonální antikoncepce je nejlepší nasadit první den menstruačního krvácení, pak nastává antikoncepční účinek okamžitě.

2.4.2 Gestagenní hormonální antikoncepce

Čistě gestagenní kontracepce se liší aplikační formou a použitým gestagenem. Všechny formy gestagenní kontracepce díky dávce použitého hormonu nejen ovlivňují viskozitu cervikálního hlenu a růst endometria, ale i motilitu vejcovodu a přestože ne zcela inhibují ovulaci, narušují folikulogenezi. (Fait 2012, s. 55)

2.4.2.1 Hormony používané v gestagenní antikoncepci

Desogestrel je jediný progestin na našem trhu využívaný v čistě gestagenní perorální antikoncepci. Je to proléčivo, které se metabolizuje v tenkém střevě a játrech, čímž vzniká aktivní 3-ketodesogestrel (etonogestrel). Řadí se do skupiny progestinů s minimálním androgenním účinkem – jeho androgenní a antimineralokortikoidní účinek je slabý, tedy klinicky zanedbatelný. Desogestrel na trhu vystřídal dříve používaný lynestrenol. Výhodou je vyšší účinnost a větší tolerance odchylky v užívání. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Fait 2012) *Desonorgestrel na rozdíl od lynestrenolu nejen mění konzistenci cervikálního*

hleny, ale současně i inhibuje ovulaci v 97-99 %. (Fait 2012, s. 59) Výše zmíněný aktivní metabolit desogestrelu – etonogestrel lze také podávat přímo, ovšem jedinečně parenterálně. (Čepický a Čepická Líbalová 2011)

Syntetický analog 17 α -hydroxyprogesteronu, medroxyprogesteron acetát, se jako antikoncepce používá v depotní formě s aplikací jednou za tři měsíce, což zajišťuje vysokou spolehlivost. Kromě gestagenního účinku má jen nepatrný účinek androgenní. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Čepický a Fanta 2011)

2.4.2.2 Formy gestagenní antikoncepce

Gestagenní kontracepce může mít formu perorálních tablet (tzv. minipilulek), podkožního implantátu a depotní injekce. Okrajově lze zmínit také nitroděložní tělísko s levonorgestrem, které má kombinovaný mechanismus účinku. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Křepelka 2013)

Užívání perorálních přípravků se zahajuje zpravidla první den menstruace, což je výhodné vzhledem k okamžitému nástupu účinku. Po porodu se doporučuje začít užívání nekojícím ženám po třech až šesti týdnech, kojícím po šesti týdnech. Užívají se vždy ve stejnou denní dobu. V České republice jsou dostupné pouze preparáty obsahující desogestrel, které mají toleranci případné chyby 12 hodin.

Podkožní implantát se zavádí do podkoží nadloktí nedominantní ruky. Při aplikaci v prvních pěti dnech menstruačního cyklu je nástup účinku osmý den po zavedení. Antikoncepční účinek je zajištěn tři roky. Implantát obsahuje etonogestrel.

Aplikace depotních injekcí je dle konkrétního přípravku buď intramuskulární, nebo subkutánní. První injekce s mikrokrytalickou suspenzí medroxyprogesteron acetátu se aplikuje během prvních pěti dnů menstruačního cyklu, účinek je zajištěn od osmého dne. Aplikace se opakuje každé tři měsíce (nejdéle po čtrnácti týdnech). Tato forma kontracepce je specifická pomalým návratem fertility, což může trvat i deset, méně často až osmnáct měsíců po použití poslední injekce. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Čepický a Fanta 2011; Fait 2006)

2.4.3 Postkoitální antikoncepce

Specifickou metodou hormonální antikoncepce je postkoitální (nouzová) antikoncepce. Je příhodná po náhodném pohlavním styku nebo selhání běžně používané metody.

V České republice jsou momentálně k dispozici dva přípravky obsahující progestin levonorgestrel, a to buďto jednu tabletu obsahující 1,5 mg, kterou je třeba použít do 72 hodin po rizikové souloži, nebo dvě tablety po 0,75 mg, které je taktéž třeba užít do 72 hodin po styku, první tabletu co nejrychleji a druhou 12 hodin po první. Má relativně časté nežádoucí účinky, například nepravidelné krvácení, nauzea, méně často pak zvracení. Různé zdroje uvádí, že spolehlivost zabránění nechtěného těhotenství je u obou způsobů dávkování stejná, snižuje se spíše se vzrůstajícím časem podání po nechráněném styku. (Fait 2012; Křepelka 2013; Roztočil a Bartoš 2011)

Až 120 hodin po rizikovém pohlavním styku je možné podat preparát s 30 mg ulipristalacetátu, což je selektivní modulátor progesteronových receptorů. Objevují se nežádoucí účinky jako bolest hlavy, nauzea, zvracení nebo prodloužení menstruačního cyklu. (Fait 2012; Křepelka 2013; Roztočil a Bartoš 2011) *Ulipristal je nejméně stejně účinný jako levonorgestrel při podání do 72 hodin po nechráněném styku a pravděpodobně účinnější v intervalu 72-120 hodin.* (Křepelka 2013, s. 40) Všechny výše zmíněné formy postkoitální antikoncepce jsou v ČR v současnosti dostupné bez lékařského předpisu.

2.5 Kontraindikace hormonální antikoncepce

Ač hormonální antikoncepce pro zdravou uživatelku nepředstavuje zásadní riziko, není ideální volbou pro všechny ženy. Existují zdravotní stavy, kdy je její užití riskantní. Tzv. kontraindikace se dělí na relativní, kdy, ač metoda není doporučována, po zvážení konkrétní situace a podmínek dané ženy může být tato antikoncepce vyhovující, a absolutní, kdy jsou rizika natolik velká, že je použití vysloveně nevhodné.

Světová zdravotnická organizace vydává za účelem zlepšení kvality péče doporučení pro správné používání, *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Krom jiného jsou zde zpracovány tabulky, kde jsou různé metody kontracepce pro různé zdravotní stavy označeny čísly 1 až 4, kdy 1 znamená možnost použít metodu bez omezení, 2 stav, kdy výhody používání převyšují možná i prokázaná rizika, u stupně 3 možná nebo prokázaná

rizika převyšují výhody a číslo 4 pak představuje při použití nepřijatelné riziko. (Křepelka 2013; World Health Organization 2015)

Mezi absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce patří: šest týdnů po porodu u kojících žen, tři týdny po porodu u nekojících žen, krevní tlak vyšší než 160/100, hypertenze s cévními komplikacemi, méně než 5 let od skončení léčby karcinomu prsu, silné kouření (více než 15 cigaret za den) u ženy starší 35 let, riziko hluboké žilní trombózy (závažné trombofilní mutace, déletrvající operace), osobní anamnéza trombózy, embolie, ischemické choroby srdeční či cévní mozkové příhody, závažné akutní či chronické jaterní onemocnění, *diabetes mellitus* s orgánovými komplikacemi, hormonálně dependentní nádory či migréna s aurou.

Relativními kontraindikacemi jsou kojení do půl roku po porodu, kouření méně než 15 cigaret denně ve věku nad 35 let, ostatní trombofilní mutace, migréna bez aury u ženy starší 35 let nebo i mladší, pokud vznikla v době užívání antikoncepce, neléčená nebo kolísavá hypertenze 150-160/90-100, výskyt více rizikových faktorů pro arteriální kardiovaskulární nemoci, více než 5 let od skončení léčby karcinomu prsu, méně závažná onemocnění jater, symptomatická cholelitiáza nebo anamnéza cholelitiázy vzniklé během předchozího užívání antikoncepce nebo těhotenství, komplikovaný diabetes.

Gestagenní antikoncepce má obecně kontraindikací méně, umožňuje tedy ochranu před početím pomocí hormonální antikoncepce i ženám, které by „klasickou“ kombinovanou hormonální antikoncepci užívat nemohly. Za jedinou absolutní kontraindikaci lze považovat karcinom prsu.

Závažné hypercholesterolemie, ischemická choroba srdeční, závažné nemoci jater, deprese, osteoporóza, zvýšené riziko hluboké žilní trombózy jsou relativními kontraindikacemi, ne všechny ovšem platí pro všechny lékové formy gestagenní antikoncepce. (Čepický a Fanta 2011; Fait 2012; Fanta 2008; Hrachovec et al. 2005; Roztočil a Bartoš 2011)

Je však třeba si uvědomit, že kontraindikace, která nebyla přítomna v době nasazení, se může v průběhu času a se zvyšujícím se věkem uživatelky objevit. Na pravidelných gynekologických kontrolách je tedy vhodné brát toto v potaz a případně užívání přehodnotit. (Křepelka 2013)

2.6 Rizika a nežádoucí vedlejší účinky užívání hormonální antikoncepce

Obecně závažnější a častější rizika plynou z užívání kombinované hormonální antikoncepce, tato kapitola tedy bude věnována převážně jim, rizika gestagenní hormonální antikoncepce budou zmíněna krátce na jejím konci.

Nežádoucí vedlejší účinky, které se vyskytují nejčastěji, způsobují spíše diskomfort než riziko pro zdraví. Uvádí se citlivost prsou, bolest hlavy či nervozita. Vzácněji se vyskytují migrény, nevolnost, chloazma či emoční labilita. (Dragoman 2014; Fait 2012; Roztočil a Bartoš 2011)

Následující nežádoucí účinky jsou sice velmi vzácné, ale vzhledem k tomu, že mohou být pro ženu fatální, není možné snižovat jejich význam. Patří sem například hluboká žilní trombóza, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda či některé druhy rakoviny. (Fait 2012; Roach et al. 2015)

Zvláštními vedlejšími účinky jsou také lékové interakce, možné ekologické dopady a vliv na výběr životního partnera. (Alvergne a Lummaa 2010; Ingerslev et al. 2003; Křepelka 2013)

2.6.1 Hluboká žilní trombóza

Hluboká žilní trombóza je jedním z nejvýznamnějších rizik. *Trombóza je patologický proces, během něhož se vytvoří primární a sekundární trombus a uzavře cévu.* (Rokyta 2015, s. 118) Poté se může stát, že se trombus z cévy uvolní a způsobí embolii. (Rokyta 2015)

U žen užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci je prokázáno několikanásobně zvýšené riziko tromboembolické nemoci v porovnání se ženami, které kombinovanou HA neužívají. Různé zdroje uvádějí zvýšení rizika dva až šestkrát, smrtelnou se tromboembolická nemoc stává cca v 1-2 % případů.

Nebezpečí s délkou užívání klesá, významně se snižuje již po prvním roce. Více se týká žen s dalšími rizikovými faktory, jako je například kouření, vyšší věk, imobilizace, obezita či trombofilní mutace, o kterých žena často neví, neboť screening se rutinně neprovádí. (Fait 2012; Křepelka 2013; Procházka a Procházková 2010; Šmírová et al. 2002)

2.6.2 Kardiovaskulární onemocnění

U kuřáček, obézních žen nebo žen majících v osobní či rodinné anamnéze kardiovaskulární onemocnění a které zároveň užívají kombinovanou hormonální antikoncepci je riziko kardiovaskulárních onemocnění zvýšeno. (Shulman 2011)

Co se týče infarktu myokardu, u nekuřáček do 35 let věku riziko téměř není zvýšeno. Zvyšuje se však u kuřáček, významné zvýšení pak nastává u kuřáček starších třiceti pěti let. Mladší kuřáčky užívající kombinovanou HA mají riziko vyšší přibližně desetkrát, těm, které přesáhly 35 let, již nebezpečí vzrůstá stokrát. (Cibula et al. 2002; Fait 2012)

Časté je velmi mírné zvýšení krevního tlaku, přibližně o 2 mm Hg. Toto zvýšení nemá klinický význam. Avšak při významnějším zvýšení, které pravděpodobněji nastává u predisponovaných žen, je vhodné nepokračovat v užívání kombinované HA a zvolit raději jinou formu ochrany před početím. Výjimkou jsou přípravky obsahující drospirenon, který má antimineralokortikoidní účinek a krevní tlak může snižovat. (Fait 2012; Roztočil a Bartoš 2011; Shulman 2011)

2.6.3 Cévní mozková příhoda

Co se týká cévní mozkové příhody (CMP), u uživatelék kombinované HA se spíše než riziko krvácivé CMP zvyšuje riziko CMP ischemické. Nárůst nebezpečí je přibližně trojnásobný. Pravděpodobnost se ovšem snižuje se snižující se dávkou estrogenu v přípravku. Je vhodné u uživatelék důsledně kontrolovat krevní tlak, také u kuřáček se nebezpečí ještě více zvyšuje. (Fait 2012; Xu et al. 2015) *Dle některých studií migrenózní bolesti hlavy zvyšují riziko CMP dvakrát a v kombinaci s COC šestkrát.* (Fait 2012, s. 35)

2.6.4 Karcinom prsu a děložního hrdla

Vliv hormonální antikoncepce na riziko vzniku rakoviny prsu byl přítomen u starších preparátů, ale u současných nízko dávkových není jednoznačně prokázán. Pokud snad užívání kombinované HA riziko zvyšuje, pak jen velmi málo a po vysazení se opět snižuje.

Výskyt karcinomu děložního hrdla je u uživatelék kombinované HA vyšší a vzrůstá s dobou užívání, avšak příčinou je nejspíše méně časté používání bariérových metod antikoncepce a tím snazší přenos rizikových lidských papilomavirů. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Fait 2012; Křepelka 2013)

2.6.5 Lékové interakce

Látky, které zvyšují tvorbu jaterních enzymů, mohou kvůli rychlejší metabolizaci snížit spolehlivost antikoncepce. Patří sem antiepileptika fenytoin, karbamazepin, barbituráty, promidon, topiramát a oxcarbazepin. Ženy léčené těmito léčivy by neměly užívat HA s velmi nízkou dávkou etinylestradiolu. Taktéž antibiotikum rifampicin, jako jediné antibiotikum, snižuje kontracepční účinek.

Při užívání lamotriginu, dalšího antiepileptika, dochází naopak ke snížení jeho plazmatické hladiny hormonální antikoncepcí.

Výtažek z třezalky tečkované je také induktorem jaterních enzymů, snížení antikoncepčního účinku však nebylo prokázáno, nicméně při podávání se zvyšuje výskyt neplánovaného krvácení. (Křepelka 2013)

Účinek může být snížen i podáním laxativ, antacid či střevních adsorbencí, při jejich současném podávání se snižuje vstřebávání. (Roztočil a Bartoš 2011)

2.6.6 Vliv na výběr životního partnera

Některé studie naznačují, že pro ženy je čich důležitý faktor při vybírání partnera. Dřívější studie ukazují, že geny hlavního histokompatibilního komplexu (MHC – major histocompatibility complex) ovlivňují tělesný pach jednotlivce a ženy často preferují pach mužů s MHC odlišným od jejich vlastního, snad kvůli zvýšení heterozygotnosti případného potomstva či zamezení příbuzenským svazkům. Uživatelky hormonální antikoncepce však mají tendence preferovat vůni mužů MHC podobných. (Roberts et al. 2008)

Další studie prokazují, že ženy užívající HA upřednostňují muže s méně maskulinními rysy a to nejen v laboratorním testování ale i v reálných partnerských vztazích. (Little et al. 2013)

2.6.7 Ekologické dopady

Endokrinní disruptor je látka, která narušuje přirozené fungování hormonálního systému živočichů. Syntetický estrogen etinylestradiol působí jako endokrinní disruptor. Problémem je, že v porovnání s přirozenými estrogeny podléhá biodegradaci mnohem pomaleji a je účinnější. Může tedy mít nepoměrně větší význam v ekologických dopadech,

přestože se v životním prostředí nachází v menších množstvích, než přirozený estradiol a estron. (Ingerslev et al. 2003; Jürgens et al. 2002)

2.6.8 Nežádoucí účinky gestagenní hormonální antikoncepce

Zdaleka nejčastějším nežádoucím účinkem je nepravidelný menstruační cyklus a prodloužená doba krvácení. Nepravidelné krvácení však u velkého procenta uživatelů po čase přechází v amenoreu, což obvykle žena vnímá pozitivně. Dále se zvyšuje výskyt ovariálních cyst, které však v naprosté většině mizí spontánně. Je možné zhoršení akné.

Depotní medroxyprogesteron acetát je dle některých zdrojů jedinou formou hormonální antikoncepce, u které se připouští možné zvýšení hmotnosti. Nemělo by však být velké, udává se maximálně dva kilogramy za rok. DMPA je také specifický možným vlivem na krevní lipidy, může snižovat koncentraci HDL cholesterolu a zvyšovat koncentraci LDL cholesterolu. Nastává i úbytek kostní hmoty, který se však ukazuje plně reverzibilní. Kvůli možnému trvalému negativnímu vlivu na kostní hmotu se však DMPA nedoporučuje u adolescentních dívek. (Burke 2011; Čepický a Fanta 2011; Křepelka 2013)

2.7 Pozitivní vedlejší účinky hormonální antikoncepce

Kromě primárního, tedy antikoncepčního účinku, má hormonální antikoncepce také ne jeden přínosný vedlejší účinek.

Užívání kombinované hormonální antikoncepce významně snižuje výskyt karcinomu endometria, ovaria, kolorektálního karcinomu. Menší je také výskyt funkčních ovariálních cyst a pánevní zánětlivé nemoci. Zlepšuje se akné, zmenšují se menstruační bolesti, zmírňuje premenstruační syndrom, snižují se krevní ztráty při menstruaci. Mnoho žen uvítá pravidelný cyklus, ač hormonální antikoncepce příčinu případného nepravidelného cyklu nijak neléčí, ale pouze zakrývá vytvořením cyklu umělého. (Brynhildsen 2014; Čepický a Fanta 2011; Roztočil a Bartoš 2011)

Gestagenní antikoncepce taktéž snižuje riziko karcinomu endometria a snad i ovaria a pánevní zánětlivé nemoci. Má také pozitivní vliv na premenstruační syndrom a dysmenoreu. Obvykle se snižuje intenzita menstruačního krvácení, u mnoha žen po nějakém čase nastává amenorea. (Čepický a Fanta 2011; Roztočil a Bartoš 2011)

2.8 Spolehlivost hormonální antikoncepce

Spolehlivost různých kontracepčních metod se obvykle popisuje tzv. Pearlovým indexem. Udává, kolik žen ze sta neplánovaně otěhotní za rok při používání dané antikoncepční metody. Bývá uváděn pro ideální, bezchybné užívání a pro typické užívání s klasickými chybami, u některých metod mohou být tato dvě čísla poměrně značně rozdílná.

Údaje z různých zdrojů se mírně liší, avšak všechny hormonální metody antikoncepce svou spolehlivostí významně převyšují nehormonální. (Barták 2006; Čepický a Fanta 2011; Mansour et al. 2010; Roztočil a Bartoš 2011) Dle Roztočila a Bartoše není Pearlův index žádné hormonální antikoncepce vyšší než 0,5 a to i v případě běžného (chybového) užívání.

Tabulka 1 - Pearlův index jednotlivých antikoncepčních metod (přibližné hodnoty)
Převzato z (Roztočil a Bartoš 2011, s. 106)

Metoda antikoncepce	Běžná uživatelka	Ideální uživatelka
Žádná antikoncepce	80	
periodická abstinence	30	3
coitus interruptus	20	4
kondom	10	4
spermicidy	10	3
kojení	5	3
hormonální vaginální kroužek	0,5	0,4
hormonální náplasti	0,5	0,4
gestagenní minipilulky	0,5	0,2
kombinované pilulky	0,5	0,1
nitroděložní tělísko s mědí	0,3	0,2
gestagenní implantáty	0,05	0,02
hormonální nitroděložní tělísko	0,05	0,02
depotní medroxyprogesteron acetát	0,02	0,01
chirurgická sterilizace	0,02	

3 METODICKÁ ČÁST

3.1 Popis použité metodiky

Pro průzkum jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Ve spolupráci s PharmDr. Marešovou jsem vytvořila dotazník (Příloha), pomocí kterého jsem zjišťovala míru informovanosti uživatelů hormonální antikoncepce, jejich pohnutky pro její nasazení či vysazení a spokojenost s užíváním. Většina otázek měla pouze jednu možnou odpověď, u některých byla možnost zaškrtnout odpovědi více. V některých případech byly respondentky vyzvány, aby svou odpověď rozvedly vlastními slovy či napsaly naprosto individuální odpověď (možnost „jiné“), pár otázek bylo otevřených, poslední otázka byla zcela otevřená a čistě dobrovolná.

3.2 Tématické okruhy

Strana 1

- 1) Věk
- 2) Dosažené vzdělání
- 3) Obor studia/zaměstnání
- 4) Místo bydliště dle počtu obyvatel
- 5) Rodinný stav
- 6) Aktuální užívání/neužívání hormonální antikoncepce
- 7) Věk započetí užívání hormonální antikoncepce
- 8) Celková délka užívání hormonální antikoncepce
- 9) Hlavní důvod započetí užívání hormonální antikoncepce
- 10) Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce
- 11) Možné ovlivnění okolím pro volbu této konkrétní metody antikoncepce
- 12) Důvod ukončení užívání hormonální antikoncepce
- 13) Spokojenost s užíváním hormonální antikoncepce

- 14) Zdroj informací o hormonální antikoncepci
- 15) Osobní pocit dostatečné informovanosti
- 16) Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví
- 17) Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů
- 18) Názor na ovlivnění životního prostředí
- 19) Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera
- 20) Znalost nežádoucích účinků a rizik
- 21) Znalost kontraindikací
- 22) Znalost důvodů k vysazení
- 23) Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce
- 24) Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce
- 25) Prostor pro vlastní vyjádření

Dotazník měl dvě části/strany, které obsahovaly celkem 25 otázek. V první části byly otázky zaměřeny na charakteristiku dotazovaného souboru, spokojenost a důvody užívání, ve druhé části na informovanost, poslední otázka sloužila k vyjádření vlastního názoru k danému tématu.

3.3 Výběr terénu k průzkumu

Respondentkami jsou ženy, které užívají nebo někdy dříve užívaly jakoukoli formu hormonální antikoncepce bez rozdílu věku, vzdělání či místa bydliště.

3.4 Metodika sběru dat

Vytvořený dotazník jsem převedla do internetového formuláře a šířila pomocí odkazu přes sociální sítě. Vyplňování dotazníků probíhalo od 9.8. do 16.8. 2016, celý dotazník vyplnilo celkem 148 respondentek.

3.5 Metodika zpracování dat

Internetový průzkum pomocí aplikace internetové stránky *CLICK4SURVEY* mi umožnil exportovat vyplněné dotazníky přímo do souboru programu *Microsoft Office Excel*, v jehož verzi 2013 jsem pak získaná data vyhodnotila. Absolutní četnost jednotlivých odpovědí na uzavřené otázky jsem získala díky automatické analýze, která je funkcí výše zmíněné internetové aplikace. Výsledky jsem zpracovala do tabulek, vypočítala relativní četnost a procentuální hodnoty množství jednotlivých odpovědí. Pomocí tabulek jsem poté vytvořila grafy.

Má diplomová práce má zásadní limity, kterých jsem si plně vědoma. Prvním je jistě malý počet vyplněných dotazníků. Některé nedokonalosti dotazníku se bohužel projeví až v ostrém sbírání dat a to i přes pilotáž, která se tímto ukázala být nedostačující. Kvůli omezeným časovým možnostem nebyla bez nedostatků ani metodika sběru dat. Díky šíření přes sociální sítě, kde nejsnáze oslovím hlavně ženy z podobné socioekonomické vrstvy, není rozložení počtu respondentek rovnoměrné, ať už se týká věku či dosaženého vzdělání. Výsledky jsou tedy spíše ilustrativní.

4 VÝSLEDKY

Exportovaná data ze získaných dotazníků jsem matematicky a graficky vyhodnotila pomocí programu *Microsoft Office Excel 2013*, a doplnila slovním výkladem.

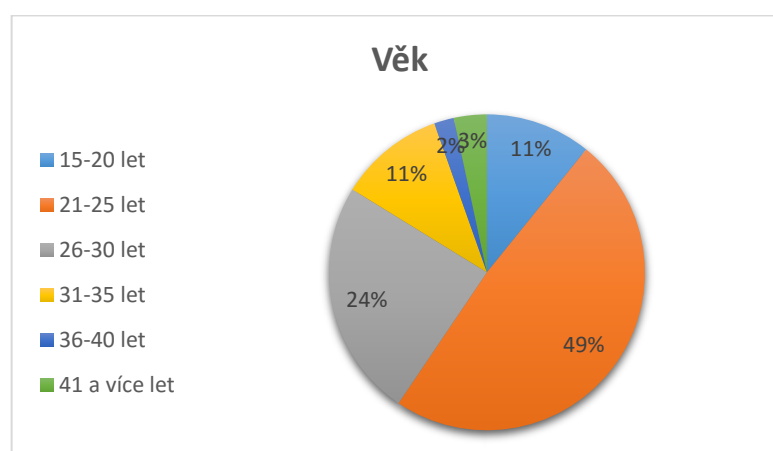
Celkově jsem získala 148 zcela vyplněných dotazníků, při počtu otevření dotazníku 764 krát činí návratnost 19,4 %, 35 žen (4,6 %) dotazník začalo vyplňovat, ale před dokončením stránku opustilo.

4.1 Věk

První otázkou byla otázka na věk. Respondentky vybíraly z šesti rozmezí, interval byl obvykle pět let kromě první kategorie (15-20 let) a poslední (41 a více let). Nejvíce respondentek jsem získala ve věkové kategorii 21-25, která je zastoupena 48,6 %, následuje 26-30 let s 24,3 %, dále shodně 15-20 let a 31-35 let s 10,8 % a minimálně jsou zastoupeny dvě nejvyšší věkové kategorie, 41 a více let 3,4% a 36-40 let pouhých 2 %.

Tabulka 2 - Věk

Věk	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
15-20 let	16	0,108	10,8
21-25 let	72	0,486	48,6
26-30 let	36	0,243	24,3
31-35 let	16	0,108	10,8
36-40 let	3	0,020	2,0
41 a více let	5	0,034	3,4



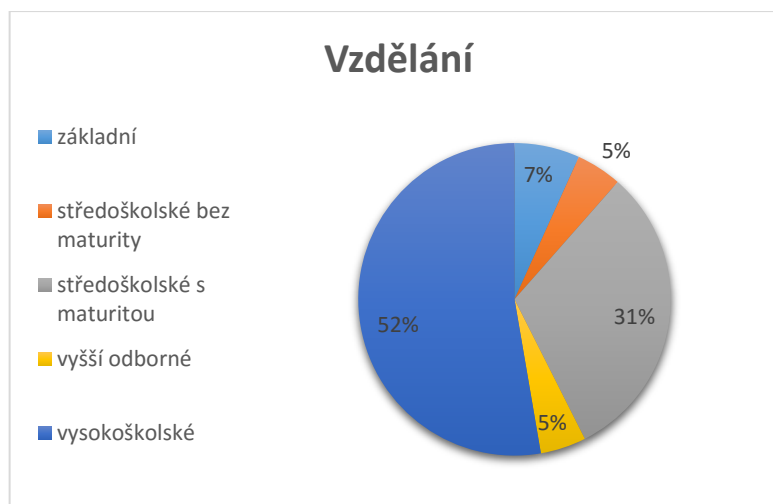
Graf 1 - Věk

4.2 Dosažené vzdělání

Další otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů. Nadpoloviční většinou jsou v mém průzkumu zastoupeny ženy s vysokoškolským vzděláním, přesně 52,7 %. Druhou poměrně velkou skupinou jsou ženy, které úspěšně dokončily středoškolské maturitní vzdělávání, 31,1 %. Minoritně jsou zastoupeny respondentky se základním vzděláním, 6,8 % a dále bylo shodně dosaženo středoškolského vzdělání bez maturity a vyššího odborného vzdělání, po 4,7 %.

Tabulka 3 - Vzdělání

Vzdělání	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
základní	10	0,068	6,8
středoškolské bez maturity	7	0,047	4,7
středoškolské s maturitou	46	0,311	31,1
vyšší odborné	7	0,047	4,7
vysokoškolské	78	0,527	52,7



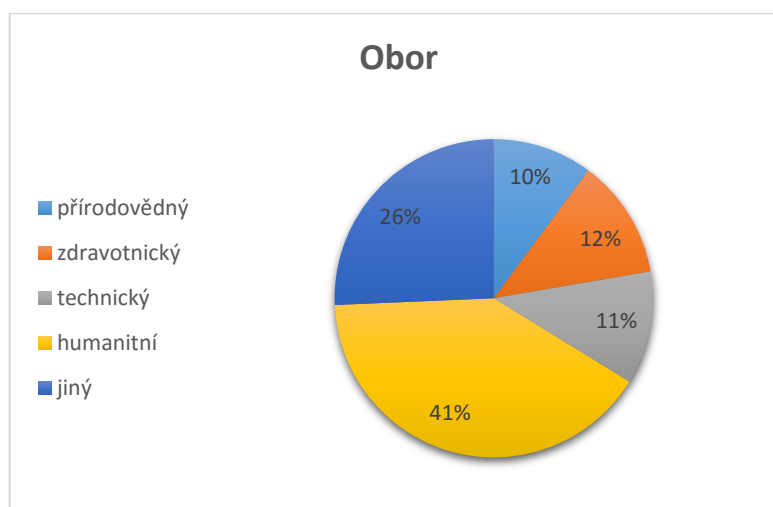
Graf 2 - Vzdělání

4.3 Obor studia/zaměstnání

Tato otázka byla zařazena především pro zjištění, kolika procenty jsou zastoupeny zdravotničtí pracovníci či studenti zdravotnických oborů. Takových žen se průzkumu zúčastnilo 12,2 %. Zdaleka nejvíce respondentek se věnuje humanitnímu oboru, 25,7 %. Podobné množství jako zdravotnic bylo přírodovědkyň, 10,1 % i technik, 11,5 %. Možnost „jiný“ označilo 25,7 % žen, pro zajímavost měly možnost rozepsání: výrazně více byl zastoupen ekonomický směr s deseti respondentkami, další směry byly zastoupeny maximálně třemi, častěji však jen dvěma a nejčastěji jednou respondentkou.

Tabulka 4 - Obor

Obor	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
přírodovědný	15	0,101	10,1
zdravotnický	18	0,122	12,2
technický	17	0,115	11,5
humanitní	60	0,405	40,5
jiný	38	0,257	25,7



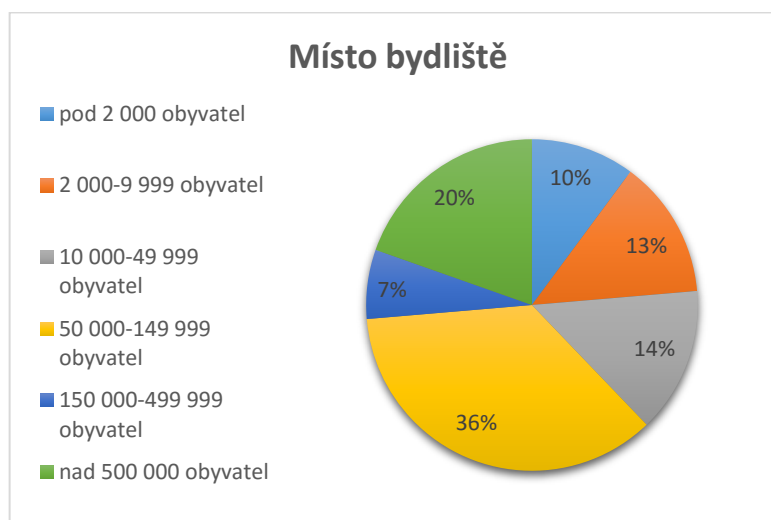
Graf 3 - Obor

4.4 Místo bydliště dle počtu obyvatel

Jak se ukázalo, nejvíce našich respondentek žije ve městech o velikosti 50 000 až 149 999 obyvatel, je jich 35,8 %. Také ve velkoměstě nad 500 000 obyvatel je velké zastoupení, 19,6 % žen. Dále množství respondentek klesá s velikostí místa bydliště, z města s 10 000 až 49 999 obyvateli je 14,2 %, obce s 2 000 až 9 999 obyvateli nám poskytly 13,5 %, místa pod 2 000 obyvatel jich obývá 10,1 %. Výjimkou v této klesající tendenci jsou města se 150 000 až 499 999 obyvateli, kde žije pouhých 6,8 % našich respondentek.

Tabulka 5 - Místo bydliště

Místo bydliště	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
pod 2 000 obyvatel	15	0,101	10,1
2 000-9 999 obyvatel	20	0,135	13,5
10 000-49 999 obyvatel	21	0,142	14,2
50 000-149 999 obyvatel	53	0,358	35,8
150 000-499 999 obyvatel	10	0,068	6,8
nad 500 000 obyvatel	29	0,196	19,6



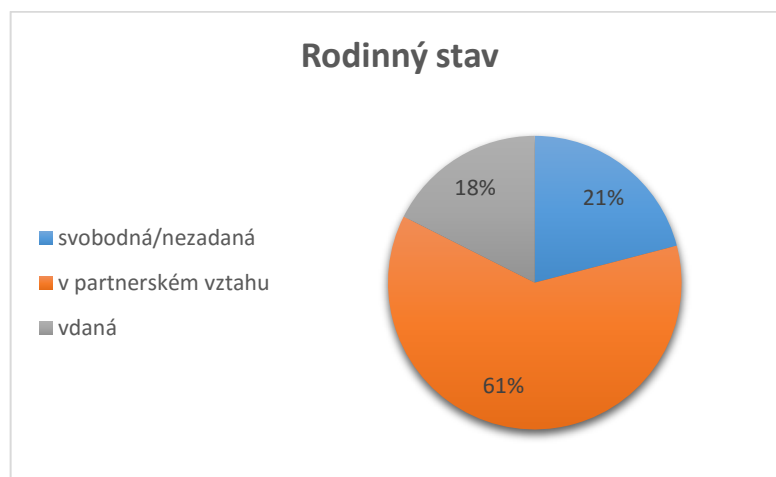
Graf 4 - Místo bydliště

4.5 Rodinný stav

Další otázkou jsem zjistila, že se průzkumu zúčastnilo jen relativně málo svobodných/nezadaných žen, 20,9 %. V partnerském vztahu jich je 61,5 % a vdaných 17,6 %.

Tabulka 6 - Rodinný stav

Rodinný stav	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
svobodná/nezadaná	31	0,209	20,9
v partnerském vztahu	91	0,615	61,5
vdaná	26	0,176	17,6



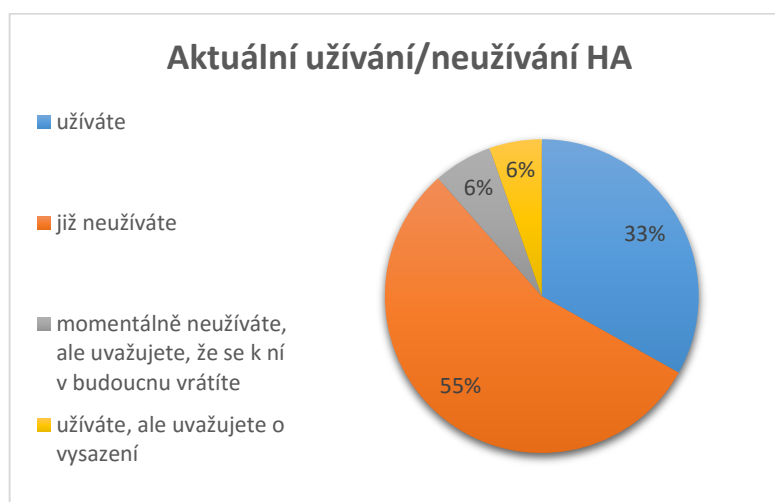
Graf 5 - Rodinný stav

4.6 Aktuální užívání/neužívání hormonální antikoncepce

Až překvapivě vysoké množství respondentek je již bývalými uživatelkami hormonální antikoncepce. Dle odpovědí definitivně bývalých je 55,4 %. Žen, které uvažují o budoucím návratu k této metodě kontracepce je 6,1 %. Konečně současných uživatelek je 33,1 % všech respondentek, přičemž dalších 5,4 % hormonální antikoncepci sice užívá, ale uvažuje o jejím vysazení.

Tabulka 7 - Aktuální užívání/neužívání HA

Aktuální užívání/neužívání hormonální antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
užíváte	49	0,331	33,1
již neužíváte	82	0,554	55,4
momentálně neužíváte, ale uvažujete, že se k ní v budoucnu vrátíte	9	0,061	6,1
užíváte, ale uvažujete o vysazení	8	0,054	5,4



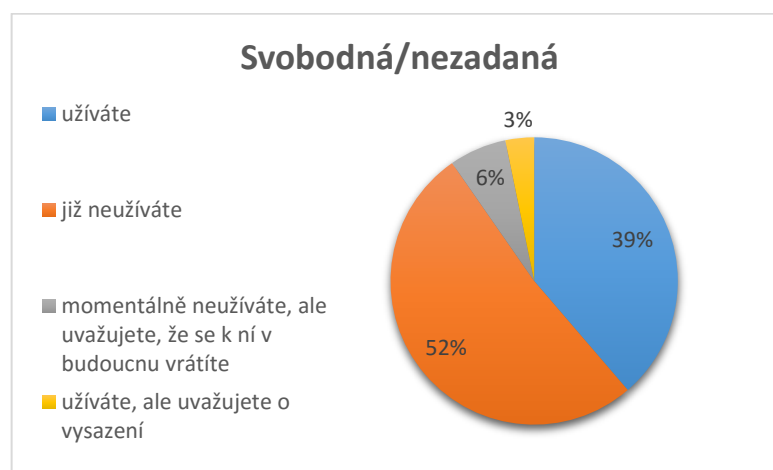
Graf 6 - Aktuální užívání/neužívání HA

Zde jsem se rozhodla také zjistit četnost užívání či neužívání ve skupině žen svobodných/nezadaných. Četnost je uváděna pro kategorii respondentek svobodná/nezadaná, tedy celkově 31 žen. 38,7 % HA nyní užívá, 3,2 % uvažuje o vysazení, 51,6 % neužívá a 6,5 % neužívá, ale připouští možnost, že se k ní v budoucnu vrátí.

Z následujících otázek jsem také zjistila důvody pro současné užívání v této podskupině respondentek. Jediná současná uživatelka uvažující o vysazení začala HA užívat zmírnění předmenstruačních příznaků/bolestivé menstruace. Mezi dvanácti ženami, které současně užívají a o vysazení nepřemýšlí, primárně začalo hormonální antikoncepci užívat pět žen kvůli zabránění těhotenství, tři proti akné, dvě na zmírnění předmenstruačních příznaků/bolestivou menstruaci a poslední dvě na nepravidelný menstruační cyklus. V této dvanáctičlenné skupině je tedy četnost žen, pro něž byl primární impulz pro nasazení předcházení početí, 41,6 %.

Tabulka 8 - Svobodná/nezadaná

Svobodná/nezadaná	n = 31		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
užíváte	12	0,387	38,7
již neuvžíváte	16	0,516	51,6
momentálně neuvžíváte, ale uvažujete, že se k ní v budoucnu vrátíte	2	0,065	6,5
užíváte, ale uvažujete o vysazení	1	0,032	3,2



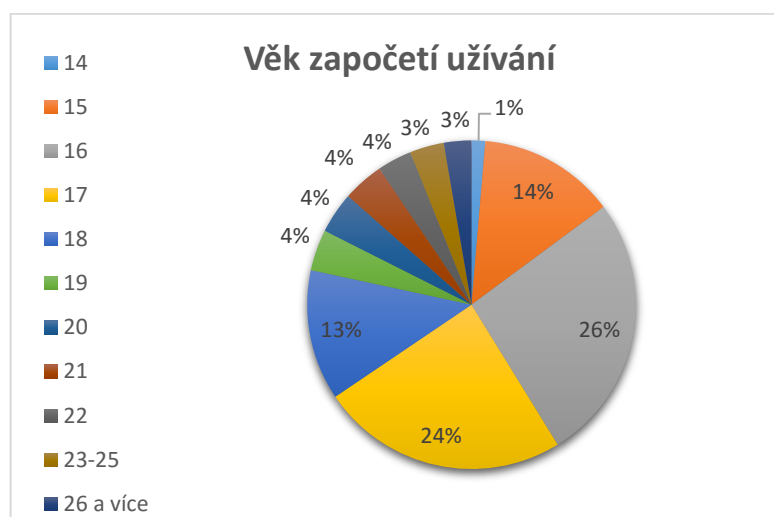
Graf 7 - Svobodná/nezadaná

4.7 Věk započetí užívání hormonální antikoncepce

Otázka na věk započetí užívání byla v dotazníku otevřená, avšak po zhodnocení četností jsem se rozhodla respondentky z nejméně zastoupených kategorií sloučit do dvou skupin, 23-25 let a 26 let a více. Drtivá většina, 78,4 % započala užívání do osmnácti let věku. Konkrétně 1,4 % ve 14 letech, 13,5 % v 15 letech, 26,4 % v 16 letech, 24,3 % v 17 letech a 12,8 % v 18 letech. Později byl začátek užívání méně častý, v 19 letech, 20 letech a 21 letech začalo užívat hormonální antikoncepci shodně po 4,1 % našich respondentek. Ve 22 letech to bylo už jen 3,4 %. Ve vyšším věku už je začít užívat spíše výjimečné, ve věku 23-25 let je zastoupení 3,4 %, 26 a více 2,7 %. Průměrný věk započetí užívání byl 17,7 roku. Jen pro zajímavost zmíním, že nejvyšší věk započetí užívání v našem souboru byl 36 let u jedné z uživatelék.

Tabulka 9 - Věk započetí užívání

Věk započetí užívání	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
14	2	0,014	1,4
15	20	0,135	13,5
16	39	0,264	26,4
17	36	0,243	24,3
18	19	0,128	12,8
19	6	0,041	4,1
20	6	0,041	4,1
21	6	0,041	4,1
22	5	0,034	3,4
23-25	5	0,034	3,4
26 a více	4	0,027	2,7



Graf 8 - Věk započetí užívání

4.8 Celková doba užívání hormonální antikoncepce

Celková doba užívání hormonální antikoncepce měla v dotazníku také otevřenou otázku, kvůli velkému množství různých odpovědí jsem však i tyto výsledky zjednodušila sloučením, tentokrát do cca pětiletých intervalů. Bohužel i přes mou výzvu, aby respondentky sdělovaly, zda je jimi uvedený číselný údaj v měsících nebo letech se sešlo 12 odpovědí bez tohoto údaje. Přestože se domnívám, že se jedná o roky, rozhodla jsem se raději tyto odpovědi, bylo jich 8,1 %, považovat za neplatné.

Mnoho žen užívá hormonální antikoncepci poměrně dlouhodobě, 6 až 10 let užívání bylo zastoupeno 38,5 %. Avšak hned v závěsu je kratší interval, 1 až 5 let s 36,5 %. Méně než rok užívalo 8,8 % respondentek, 11 až 15 let 5,4 % a 16 let a více jen 2,7 %.

Tabulka 10 - Celková délka užívání

Celková délka užívání	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
méně než rok	13	0,088	8,8
1-5 let	54	0,365	36,5
6-10 let	57	0,385	38,5
11-15 let	8	0,054	5,4
16 let a více	4	0,027	2,7
neplatné odpovědi	12	0,081	8,1



Graf 9 - Celkové délka užívání

4.9 Hlavní důvod započetí užívání hormonální antikoncepce

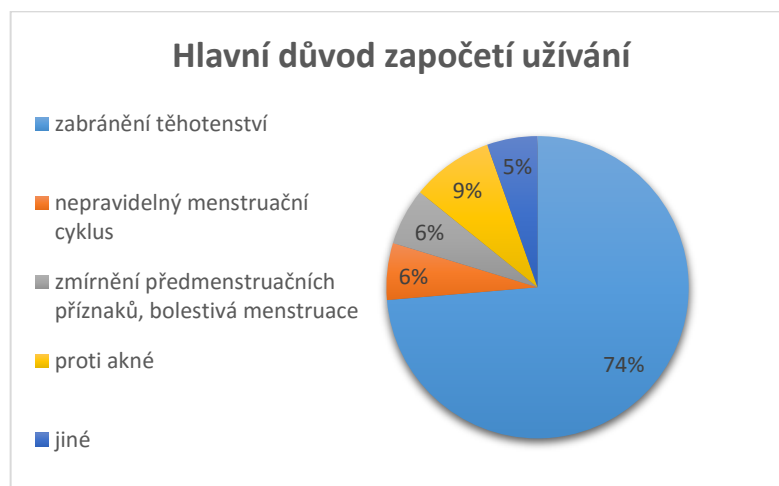
Tato otázka přesně zněla „Z jakého hlavního důvodu Vám lékař poprvé předepsal hormonální antikoncepci?“. Jak se dalo předpokládat, u drtivé většiny žen bylo impulzem k užívání hormonální antikoncepce touha zabránit těhotenství. Takových žen se průzkumu zúčastnilo 73,6 %. Kvůli starostem s nepravidelným cyklem nasadilo hormonální antikoncepci 6,1 % žen, stejné množství mělo problémy s takzvaným premenstruačním syndromem a bolestivou menstruací, 8,8 % trápilo akné.

U této otázky byla i možnost „jiné“, kde byly ženy vyzvány, aby důvod samy doplnily. Tuto možnost využilo pouze 5,4 % žen. Jako důvody uvedly dvakrát kombinace - nepravidelný cyklus a touha zabránit těhotenství, přítomnost cysty a zároveň započetí

sexuálního života. V dalším případě nejdříve v mladším věku pro zpravidelnění cyklu a později při následujícím započetí užívání pro zabránění těhotenství, dalšími důvody byla androgenní alopecie, léčba akné teratogenními léky *Curacné*, při které je bezpodmínečně nutné používání spolehlivé kontracepční metody. Ze zbylých tří respondentek si jedna na důvod nevzpomněla, další byla hormonální antikoncepce předepsána, protože ji, dle vlastních slov, chtěla. Poslední, poněkud kuriózní důvod byl „jen tak“.

Tabulka 11 - Hlavní důvod započetí užívání

Hlavní důvod započetí užívání	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
zabránění těhotenství	109	0,736	73,6
nepravidelný menstruační cyklus	9	0,061	6,1
zmírnění předmenstruačních příznaků, bolestivá menstruace	9	0,061	6,1
proti akné	13	0,088	8,8
jiné	8	0,054	5,4



Graf 10 - Hlavní důvod započetí užívání

4.10 Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce

Otázka v přesném znění „Z jakého důvodu nepoužíváte jiný způsob ochrany před otěhotněním než hormonální antikoncepci?“ měla možnost volby více odpovědí, relativní četnost je uváděna ve vztahu k celkovému počtu respondentek 148.

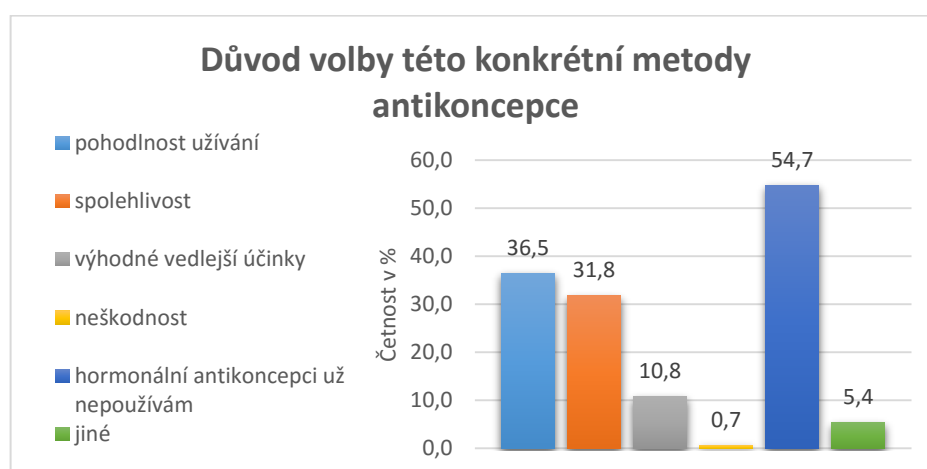
Mezi důvody vedla pohodlnost užívání s 36,5 %, následovala ji spolehlivost s 31,8 %. Pro 10,8 % respondentek jsou důležitým kritériem výhodné vedlejší účinky, jediná

respondentka, tedy 0,7 % zatlhla možnost „neškodnost“. 54,7 % respondentek v této otázce uvedlo, že hormonální antikoncepci již nepoužívá.

Také tato otázka měla mezi odpověďmi možnost „jiné“, zvolilo ji 5,4 % žen. Užívání hormonální antikoncepce zdůvodňovaly kontrolou cyklu před IVF, blíže nespecifikovanými zdravotními důvody, problémy s pletí, nenarušováním pohlavního styku, neoblibou prezervativů, nebo třeba tím, že jim jejich lékař není ochoten zavést nebo ze zdravotních důvodů nemohou používat nehormonální nitroděložní tělísko.

Tabulka 12 - Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce

Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
pohodlnost užívání	54	0,365	36,5
spolehlivost	47	0,318	31,8
výhodné vedlejší účinky	16	0,108	10,8
neškodnost	1	0,007	0,7
hormonální antikoncepci už nepoužívám	81	0,547	54,7
jiné	8	0,054	5,4



Graf 11 - Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce

4.11 Možné ovlivnění okolím pro volbu této konkrétní metody antikoncepce

V odpovědi na otázku „Máte pocit, že se někdo snaží/snažil ovlivnit Váš názor ve smyslu pro užívání hormonální antikoncepce? U odpovědi ANO uveďte, prosím, důvod.“ bylo opět možné zvolit více nabízených odpovědí. Relativní četnost je uváděna ve vztahu k celkovému počtu respondentek 148. Odpověď, že hormonální antikoncepci užívá ze svého

vlastního rozhodnutí, zvolilo 71,6 % respondentek. Všechny ostatní odpovědi měly prostor pro rozepsání.

15,5 % respondentek ovlivňuje v rozhodování partner. Nejčastějšími zdůvodněními byly variace pohodlnost/pohodlí pro milostný život/spontánnější sex/neoblíbenost používání prezervativů, obrana proti těhotenství/vysoká spolehlivost, zvýšení spolehlivosti v kombinaci s prezervativem. Několik jich však uvedlo, že je jejich partner proti užívání, protože se bojí zdravotních rizik.

Druhou nejvlivnější postavou je lékař, jeho vliv uvedlo 14,2 % žen. Obvykle uvádějí, že jim lékař řekl o příznivých vedlejších účincích, prospěšnosti či vysoké spolehlivosti, kterou vyzdvihoval, vůbec ale nezmínil případná rizika nebo je zlehčoval. Několika ženám předepsal lékař hormonální antikoncepci automaticky či „omylem“, jak uvedla jedna z nich, případně při změně gynekologa se nový lékař podivil, že žena hormonální antikoncepci neužívá. Některé mrzí, že jim nebyla nabídnuta alternativa, nebyly varovány, že antikoncepcí „vyléčené“ akné se po vysazení vrátí, lékař se je snaží vyděsit těhotenstvím, když chtějí přestat, jsou od toho zrazovány (například že „pro tělo nejsou vhodné takové šoky“, těhotenství). Již výše zmíněné respondentce byla hormonální antikoncepce předepsána kvůli léčbě léky *Curacné*. Jedna respondentka ovšem uvedla, že ji její lékařka před touto formou kontracepce varovala, že nemusí být bezpečná a může způsobit problémy s oplodněním v budoucnu.

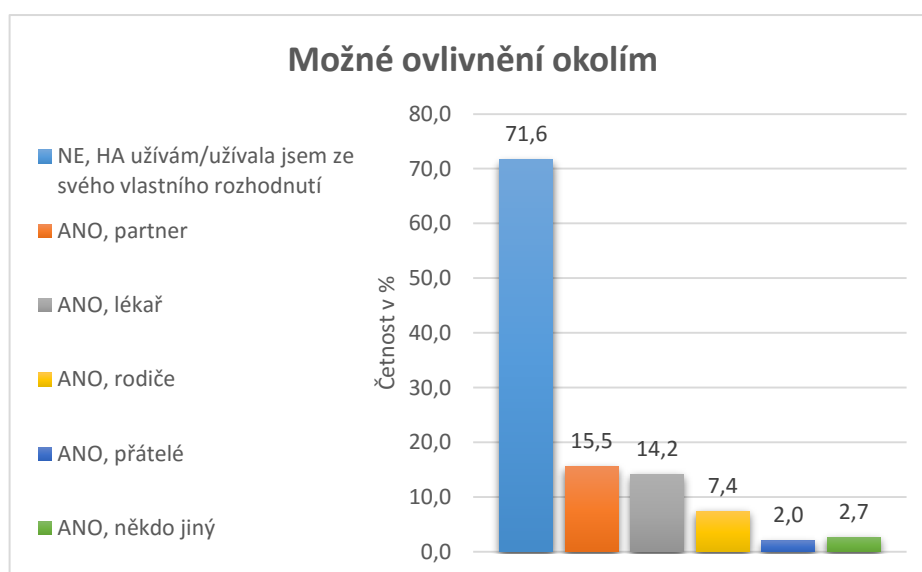
Další v pořadí jsou rodiče s 7,4 %. Ze strany rodičů byla nejčastější pohnutka strach, aby jejich dcera příliš brzy neotěhotněla, někdy kombinován s argumentací příznivými vedlejšími účinky (lepší pleť, pravidelný cyklus, menší menstruační bolesti). Také se však objevovala varování před zdravotními riziky, ať už z vlastní zkušenosti matky nebo podpoření slov lékaře o možné nebezpečnosti.

Vliv přátel byl uveden pouze ve 2 %, s tím že je to dobrá ochrana proti otěhotnění a kamarádky-uživatelky vyzdvihují všechny klady hormonální antikoncepce, ale ve třetím případě mluví i o špatném vlivu na tělo.

Jiné vlivy jsou zastoupeny 2,7 %, tedy čtyřmi případy, jednou je zmíněna společnost, dále velký vliv médií v podpoře hormonální antikoncepce na úkor jiných možností, dvakrát byla zmíněna základní škola, z toho jednou je rozepsáno, že byla hormonální antikoncepce prezentována jako spolehlivá a bezpečná ochrana před nechtěným otěhotněním.

Tabulka 13 - Možné ovlivnění okolím

Možné ovlivnění okolím	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE, HA užívám/užívala jsem ze svého vlastního rozhodnutí	106	0,716	71,6
ANO, partner	23	0,155	15,5
ANO, lékař	21	0,142	14,2
ANO, rodiče	11	0,074	7,4
ANO, přátelé	3	0,020	2,0
ANO, někdo jiný	4	0,027	2,7



Graf 12 - Možné ovlivnění okolím

4.12 Důvod ukončení užívání hormonální antikoncepce

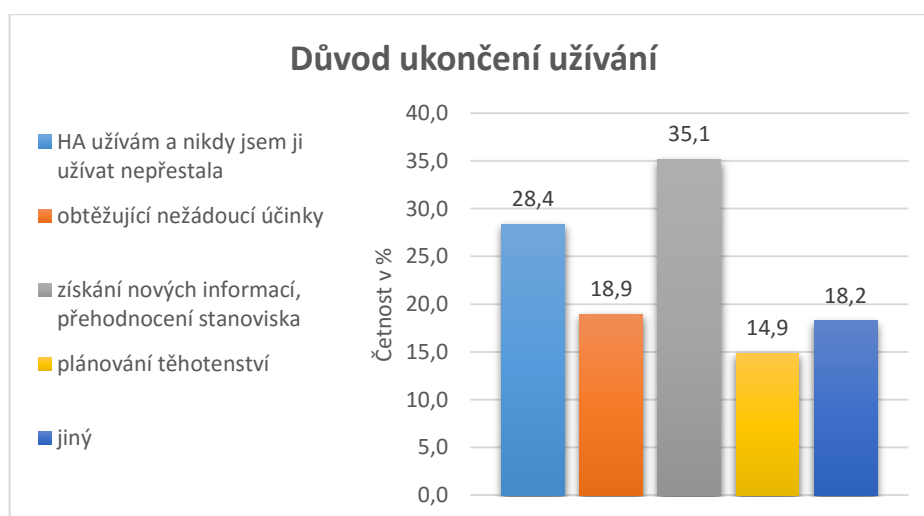
Další z dotazů, na které bylo možné odpovědět více nabízenými, možnostmi byla otázka „Pokud jste přestala hormonální antikoncepci užívat, z jakého důvodu to bylo?“. Relativní četnost je uváděna ve vztahu k celkovému počtu respondentek 148. Možnost „Hormonální antikoncepci užívám a nikdy jsem ji užívat nepřestala“ zvolilo 28,4 % respondentek.

Získání nových informací a tím spojená změna názoru byla důvodem pro vysazení v 35,1 % případů, obtěžující nežádoucí účinky v 18,9 % případů a plánování těhotenství v 14,9 % případů.

Opět zde byla i možnost „jiný“ s možností rozepsání, v tomto případě byla zvolena v relativně velkém množství 18,2 %. Opakovaným důvodem byl rozchod a s ním související sexuální abstinence, dále se vyskytovalo prohlášení, že nechtějí dále užívat hormony, zjištění trombofilní mutace, různé zdravotní problémy (vyrážky, opakované záněty močového měchýře), snížení libida, jistota funkčního cyklu pro případ plánování těhotenství, zájem, jak funguje tělo v průběhu fyziologického cyklu a jaký nastane stav bez hormonální antikoncepce, ojediněle se pak vyskytovaly důvody jako hospitalizace v nemocnici, dlouhodobá léčba antibiotiky, změna lékaře a s tím změna antikoncepce, strach z rizik a nové informace, ukončení léčby teratogenními léky. Někdy byly důvody kombinované, vysazení hormonální antikoncepce například kvůli rozchodu nakonec přešlo v trvalé rozhodnutí znovu se k ní nevracet. Opět zde uvedu jeden kurióznější důvod vysazení – jedna z respondentek s užíváním hormonální antikoncepce přestala, protože si ji zapomněla vyzvednout.

Tabulka 14 - Důvod ukončení užívání

Důvod ukončení užívání	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
HA užívám a nikdy jsem ji užívat nepřestala	42	0,284	28,4
obtěžující nežádoucí účinky	28	0,189	18,9
získání nových informací, přehodnocení stanoviska	52	0,351	35,1
plánování těhotenství	22	0,149	14,9
jiný	27	0,182	18,2



Graf 13 - Důvod ukončení užívání

4.13 Spokojenost s užíváním hormonální antikoncepce

Tato otázka se zaměřila na průzkum spokojenosti žen s užíváním hormonální antikoncepce. Ke každé základní odpovědi bylo možné připsat zdůvodnění, proč respondentka odpovídala právě takto.

Zde se ukázalo, že ženy jsou s užíváním převážně spokojené. Vysloveně spokojených je nebo bylo 36,5 %, spíše spokojených pak 41,2. Celkem tedy 77,7 % má k užívání spíše pozitivní vztah.

Ženy, které uvedly výslovnou spokojenost, si nejvíce pochvalovaly výbornou spolehlivost a pohodlnost této ochrany proti početí, splnění očekávání a žádný výskyt nežádoucích účinků, pravidelný cyklus, zlepšení průběhu menstruace (menší bolesti, slabší krvácení), o něco méně často pak uváděly výhody posunutí krvácení a zlepšení akné, jedna respondentka uvedla výhodu kontracepční náplasti – mění se jen jednou za týden, pro další je příjemné vědomí vlastní zodpovědnosti za případné těhotenství. I v této kategorii se ale objevilo zmínění negativ jako spokojenost až do doby, kdy přišla trombóza, spokojenost až na opakované záněty močového měchýře či strach z budoucího snížení plodnosti.

U respondentek, které označily možnost „spíše ano“ se vyskytovala prakticky stejná pozitiva. Častější pak byla negativa provázející užívání: několik žen uvedlo, že jim neseděl jeden nebo více typů a musely preparát měnit (kvůli přibírání či výkyvům nálad), opakovaně uváděly, že se samotným užíváním neměly problém, ale obávají se různých negativ či zdravotních rizik či potenciálních problémů, které mohou nastat po vysazení, některé ženy přímo uvedly, že jim hormonální antikoncepce přivodila problémy až po vysazení. Dále některé pociťovaly snížené libido, všimly si přibírání (ovšem jedna uživatelka napsala, že si není jista, zda je přibírání způsobeno antikoncepcí nebo věkem), některým nevyhovuje každodenní užívání ve stejnou dobu. Vyskytly se i ranní nevolnosti, zhoršení akné, nepravidelný cyklus, psychická labilita, smutek (avšak po vysazení zlepšení nálady a zvýšení energie). Jako nevýhoda byla zmíněna možnost zvýšené promiskuity díky jistotě neotěhotnění a tím zvýšené riziko pohlavně přenosných chorob. Jedna z respondentek užívá zřejmě jen kvůli menším antikoncepčním možnostem – je alergická na latex. Také byla zaznamenána stížnost, že si „připadala jako robot a ne jako žena“.

Spíše nespokojených bylo 16,9 %. Důvodem byly často nežádoucí účinky jako výkyvy nálad, podrážděnost, bolesti hlavy až velmi silné migrény, sklony k depresím, únava, nevolnost, ztráta libida, krvácení mimo menzes, u některých se nežádoucí účinky s postupem

času zhoršovaly. Po vysazení naopak mnoha ženám vymizely a cítí se lépe. Párkrát se objevilo zvyšování váhy, ženám také nebylo pohodlné pravidelné užívání. Častým důvodem k nespokojenosti byl pak strach ze zdravotních rizik, některým ženám vadilo užívat nepřirozené hormony, chtěly svůj přirozený cyklus. Ojediněle se objevily opakující se kvasinkové infekce, zvýšený prolaktin, zadržování vody, jedné ženě vadí ekologické dopady. Po vysazení byl zmiňován dlouhodobě nepravidelný cyklus, dlouhé měsíce trvající amenorea a potíže s otěhotněním. Ač některé ženě hormonální antikoncepce nepomohla s bolestivou menstruací, jak původně doufala, několikrát byly zmíněny i pozitivní účinky jako pravidelný cyklus, lepší pleť, či si žena připadala „fyzicky hezčí“.

Důvodem naprosté nespokojenosti, kterou uvedlo 5,4 % žen, byly migrény, výkyvy nálad, nervozita, ospalost, pocit utlumení, který však po vysazení zmizel, nechuť k pohlavnímu styku, zhoršení endometriózy, cysty na vaječníku a v prsní tkáni, špinění, zhoršení akné, velké menstruační bolesti které se nezlepšily ani po změně preparátu, přibírání na váze, zhoršené cévy v nohách, podezření na zhoršenou krevní srážlivost. Negativem jsou také ekologické dopady a strach ze zdravotních rizik. Po vysazení měla jedna respondentka rok trvající amenoreu a vadil jí plný návrat akné.

Tabulka 15 - Spokojenost s užíváním

Spokojenost s užíváním	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	54	0,365	36,5
spíše ano	61	0,412	41,2
spíše ne	25	0,169	16,9
ne	8	0,054	5,4



Graf 14 - Spokojenost s užíváním

4.14 Zdroj informací o hormonální antikoncepci

Otázka na zdroj informací o případných rizicích a nežádoucích účincích je poslední otázkou, kde je možno zvolit více odpovědí. Relativní četnost je opět uváděna ve vztahu k celkovému počtu respondentek 148. Jednou možností je i tentokrát možnost „jiné“ s příležitostí vlastního rozepsání. To bylo možné i u upřesnění zdrojů, ve kterých si žena hledala informace sama.

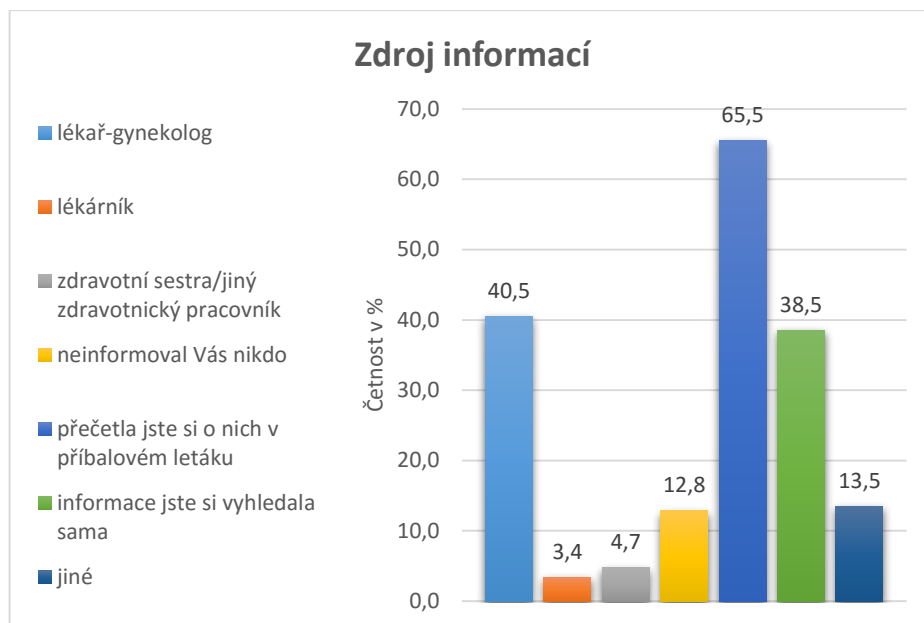
Nejvíce zastoupeným zdrojem je příbalový leták. Ženy v něm hledaly informace dokonce v 65,5 % případů. Až na druhém místě je lékař gynekolog se 40,5 %, na třetím pak vlastní hledání informací s 38,5 %. Méně zastoupena byla možnost „jiné“ – 13,5 %, nikým nebylo informováno 12,8 % žen, zdravotní sestra či jiný zdravotnický pracovník informoval 4,7 % žen a lékárník pouze 3,4 %.

Zdrojem, kde si ženy hledaly informace samy, byl v naprosto drtivé většině internet, někdy uváděn v kombinaci s příbalovým letákem. Dále zmiňovaly názory odborníků, odborné články, studijní materiály u žen věnujících se zdravotnickému oboru, informace jim předali kamarádi či známí, uvedena byla také jiná média, časopisy, dvakrát *Hnutí Pro život*.

Jako jiné zdroje informací se nejčastěji vyskytovali přátelé či kamarádky (několikrát uvedeny studentky zdravotnického oboru), často také matka či obecně rodina. Kromě studentek zdravotnických oborů, které získaly informace při studiu, dostaly i jiné ženy informace ve škole, obvykle od učitele biologie. Dále byl uváděn internet, vzdělávací kurzy, literatura, média. Jedna žena zde uvedla, že ji dobře informoval až nový gynekolog po změně lékaře, jiná získala dobré informace kvůli výskytu trombózy a mrtvice v blízkém okolí, které byly spojovány s hormonální antikoncepcí.

Tabulka 16 - Zdroj informací

Zdroj informací	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
lékař-gynekolog	60	0,405	40,5
lékárník	5	0,034	3,4
zdravotní sestra/jiný zdravotnický pracovník	7	0,047	4,7
neinformoval Vás nikdo	19	0,128	12,8
přečetla jste si o nich v příbalovém letáku	97	0,655	65,5
informace jste si vyhledala sama	57	0,385	38,5
jiné	20	0,135	13,5



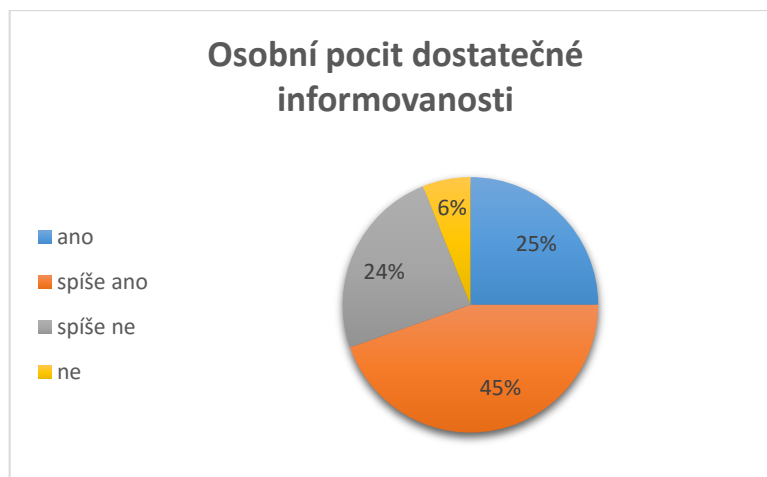
Graf 15 - Zdroj informací

4.15 Osobní pocit dostatečné informovanosti

Z další otázky jsem zjistila, že ženy se cítí o rizicích častěji dostatečně informovány než neinformovány. Možnost „ano“ uvedlo 25 %, „spíše ano“ 44,6 %, naopak „spíše ne“ 24,3 % a výslovné „ne“ pouhých 6,1 % respondentek.

Tabulka 17 - Osobní pocit dostatečné informovanosti

Osobní pocit dostatečné informovanosti	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	37	0,250	25,0
spíše ano	66	0,446	44,6
spíše ne	36	0,243	24,3
ne	9	0,061	6,1



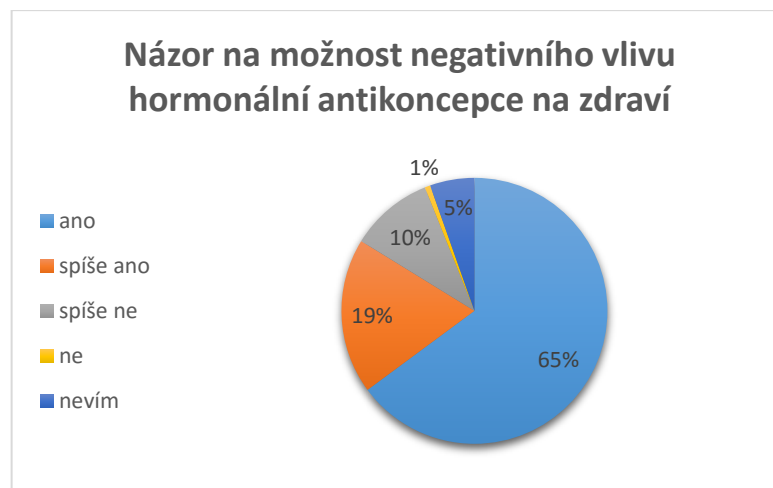
Graf 16 - Osobní pocit dostatečné informovanosti

4.16 Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví

V této otázce mě zajímalo, zda si ženy uvědomují možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na jejich zdraví. Nadpoloviční většina, 64,9 % respondentek, uvedla, že negativní vliv na zdraví uživatelék mít může, 18,9 % pak zvolilo variantu „spíše ano“. Negativní vliv spíše nepřipouští 10,1 % uživatelék, vůbec ne potom 0,7 %, tedy jediná respondentka. Zda by jejich zdraví mohla hormonální antikoncepce nějak negativně ovlivnit, neví 5,4 % žen.

Tabulka 18 - Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví

Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	96	0,649	64,9
spíše ano	28	0,189	18,9
spíše ne	15	0,101	10,1
ne	1	0,007	0,7
nevím	8	0,054	5,4



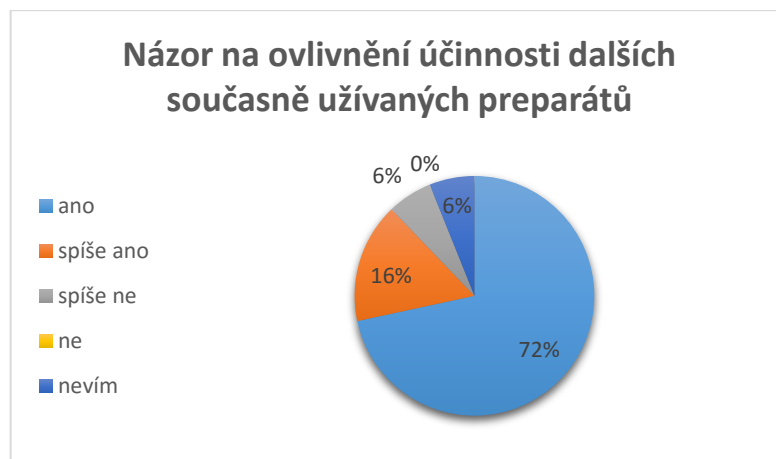
Graf 17 - Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví

4.17 Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů

Tato otázka doslova zněla „Může užívání hormonální antikoncepce ovlivňovat účinnost jiných současně užívaných léků či doplňků stravy nebo mohou jiné léky či doplňky stravy ovlivnit účinnost hormonální antikoncepce?“. Možnosti vzájemného ovlivnění si je vědomo 71,6 % žen, připouští ji (odpověď „spíše ano“) 16,2 % žen. 6,1 % respondentek si spíše nemyslí, že by se účinky hormonální antikoncepce a současně užívaných preparátů mohly nějak vzájemně ovlivňovat, shodně 6,1 % neví, jak by to s ovlivněním mohlo být. Žádná respondentka nezvolila jako možnost jasné „ne“.

Tabulka 19 - Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů

Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	106	0,716	71,6
spíše ano	24	0,162	16,2
spíše ne	9	0,061	6,1
ne	0	0,000	0,0
nevím	9	0,061	6,1



Graf 18 - Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů

4.18 Názor na ovlivnění životního prostředí

Že může hormonální antikoncepce ovlivňovat nejen ženy, které ji užívají, ale také životní prostředí, si uvědomuje 65,5 % respondentek, dalších 12,2 % si takovou možnost připouští, ale s menší jistotou. Žádného ovlivnění se spíše neobává 5,4 % a vůbec neobává 2,7 % žen. 14,2 % uživatelek na tuto otázku odpovědělo, že neví.

Tabulka 20 - Názor na ovlivnění životního prostředí

Názor na ovlivnění životního prostředí	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	97	0,655	65,5
spíše ano	18	0,122	12,2
spíše ne	8	0,054	5,4
ne	4	0,027	2,7
nevím	21	0,142	14,2



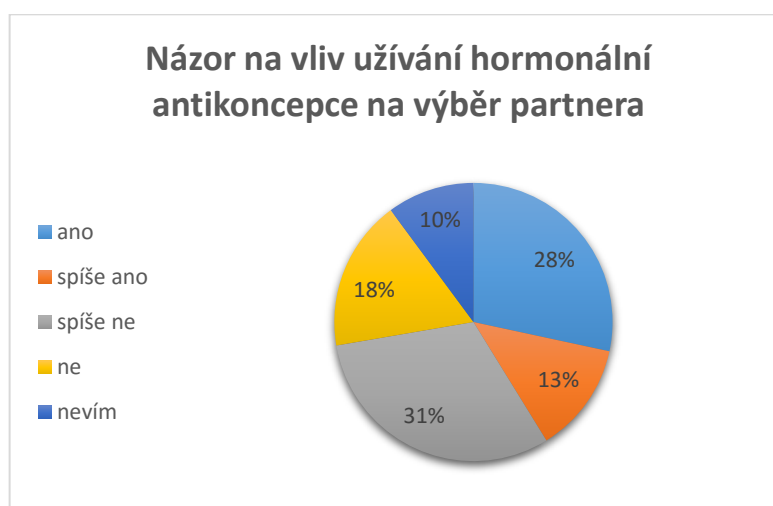
Graf 19 - Názor na ovlivnění životního prostředí

4.19 Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera

Zatímco ekologické vlivy se zdají být v širším povědomí, problematika ovlivnění výběru životního partnera není tolik známá. Že by užívání hormonální antikoncepce mohlo nějak měnit výběr partnera si myslí 28,4 % respondentek, „spíše ano“ zde odpovědělo 12,8 %, „spíše ne“ 31,1 %, „ne“ 17,6 %, „nevím“ 10,1 %.

Tabulka 21 - Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera

Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
ano	42	0,284	28,4
spíše ano	19	0,128	12,8
spíše ne	46	0,311	31,1
ne	26	0,176	17,6
nevím	15	0,101	10,1



Graf 20 - Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera

4.20 Znalost nežádoucích účinků a rizik

Na dotaz, zda znají nějaké nežádoucí účinky nebo rizika užívání hormonální antikoncepce, odpovědělo 11,5 % respondentek, že ne, dalších 88,5 % pak že ano.

Tabulka 22 - Znalost nežádoucích účinků a rizik

Znalost nežádoucích účinků a rizik	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE	17	0,115	11,5
ANO	131	0,885	88,5



Graf 21 - Znalost nežádoucích účinků a rizik

Protože byly vyzvány, aby známé nežádoucí účinky vypsaly a toto je stěžejní část mé práce, tuto otevřenou možnost jsem také rozpracovala do tabulky níže.

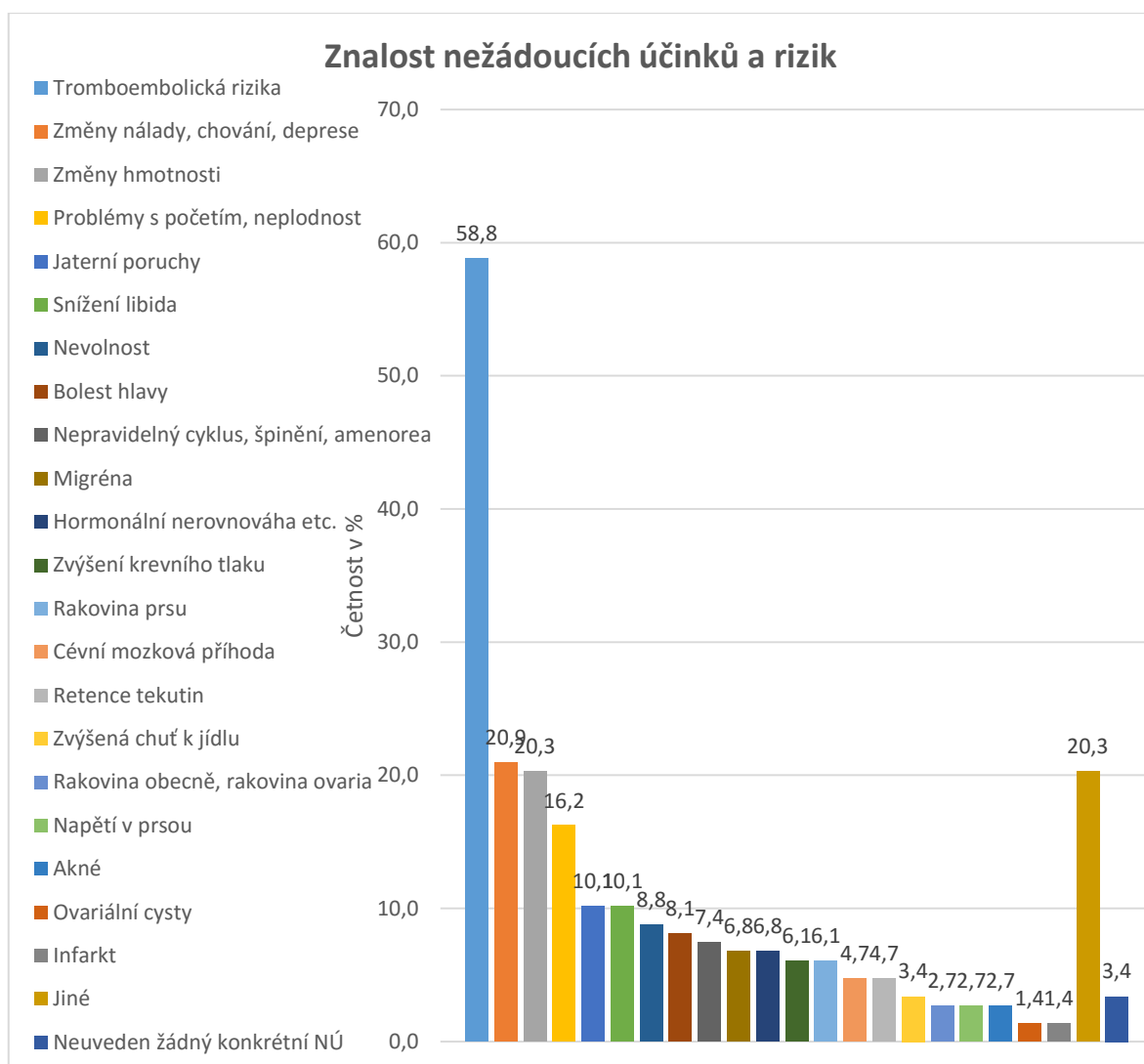
Četnost zde je uváděna k celkovému počtu 148 respondentek. Následující údaje mohou být i přes veškerou snahu lehce zkresleny tím, že se ženy vyjadřovaly vlastními slovy a tím pádem musely být vytvořeny kategorie shrnující různé výroky.

3,4 % sice odpovědělo, že nežádoucí účinky a rizika znají, žádný ovšem nevyjmenovaly. Nejpočetnějším rizikem byl soubor tromboembolických komplikací – zahrnula jsem trombózu, embolii, tromboembolii, vznik krevních sraženin a podobně – uvedlo celkem 58,8 % žen. Následuje bod, kam jsem zahrnula různé psychické problémy, změny nálad, přecitlivělost, nervozitu, emoční labilitu, změny chování či jednou zmíněné deprese. Nežádoucí účinek spadající do této kategorie zmínilo 20,9 % respondentek. Změny hmotnosti, převážně zvýšení, či zpomalení metabolismu byly jmenovány ve 20,3 %. Poměrně rozšířený je názor, že hormonální antikoncepce může zvláště při dlouhodobém užívání či nasazení v příliš brzkém věku způsobovat potíže s početím či neplodnost, uvedlo 16,2 %. Snížení libida uvedlo 10,1 %, stejně tak jaterní poruchy či poškození jater, nevolnost 8,8 %, bolest hlavy 8,1 %, soubor problémů týkající se nepravidelného cyklu, krvácení mimo menstruaci či amenoreu 7,4 %, migrénu 6,8 %, shodně 6,8 % spadlo do skupiny nežádoucích účinků „Hormonální nerovnováha“ atd. Respondentky se zde často nevyjadřovaly konkrétně, např. hormonální disbalance, rozhození hormonálních procesů či rovnováhy organismu a podobně. Dále bylo uvedeno zvýšení krevního tlaku – 6,1 %, rakovina prsu také 6,1 %, cévní mozková příhoda a retence tekutin shodně ve 4,7 %. Obecně rakovinu či jiný druh rakoviny než prsu (ovaria) zmínilo 2,7 %, se stejnou četností se objevilo také akné či napětí v prsou. Po 1,4 % žen také zná riziko infarktu a ovariálních cyst.

V dalších 20,3 % případů byly také jmenovány nežádoucí účinky či rizika výše nezmíněné. Objevil se zhoršený průběh menstruace, zánět močového měchýře, kvasinkové infekce, hormonální nerovnováha, nepravidelný cyklus nebo amenorea po vysazení, zastavení přirozeného vývoje pohlavních orgánů, pokud je hormonální antikoncepce nasazena příliš brzy, narušení funkce reprodukčních orgánů, bolesti, kardiovaskulární problémy, nepříznivé působení na dělohu, vliv na partnerské vztahy, vypadávání vlasů, alergie na sperma partnera, křečové žíly, blíže nespecifikované problémy s cévami, zvýšení hmotnosti po vysazení, bolesti břicha, syndrom polycystických ovarií, zhoršený krevní obraz, snížení účinku současně užívaných léků na srdce a cévy, trávicí obtíže, negativní vliv na rozvoj svalové hmoty u sportovkyň, jiné vnímání pachů a chutí a ovlivnění životního prostředí.

Tabulka 23 - Znalost nežádoucích účinků a rizik

Znalost nežádoucích účinků a rizik	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
Tromboembolická rizika	87	0,588	58,8
Změny nálady, chování, deprese	31	0,209	20,9
Změny hmotnosti	30	0,203	20,3
Problémy s početím, neplodnost	24	0,162	16,2
Jaterní poruchy	15	0,101	10,1
Snížení libida	15	0,101	10,1
Nevolnost	13	0,088	8,8
Bolest hlavy	12	0,081	8,1
Nepravidelný cyklus, špinění, amenorea	11	0,074	7,4
Migréna	10	0,068	6,8
Hormonální nerovnováha etc.	10	0,068	6,8
Zvýšení krevního tlaku	9	0,061	6,1
Rakovina prsu	9	0,061	6,1
Cévní mozková příhoda	7	0,047	4,7
Retence tekutin	7	0,047	4,7
Zvýšená chuť k jídlu	5	0,034	3,4
Rakovina obecně, rakovina ovaria	4	0,027	2,7
Napětí v prsou	4	0,027	2,7
Akné	4	0,027	2,7
Ovariální cysty	2	0,014	1,4
Infarkt	2	0,014	1,4
Jiné	30	0,203	20,3
Neuveden žádný konkrétní NÚ	5	0,034	3,4



Graf 22 - Znalost nežádoucích účinků a rizik

4.21 Znalost kontraindikací

Pokud jde o kontraindikace, 32,4 % respondentek žádnou nezná, 67,6 % pak nějakou zná.

Tabulka 24 - Znalost kontraindikací

Znalost kontraindikací	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE	48	0,324	32,4
ANO	100	0,676	67,6



Graf 23 - Znalost kontraindikací

Rozepsání konkrétních odpovědí bylo umožněno v otevřené části otázky, výsledky byly zpracovány do další tabulky.

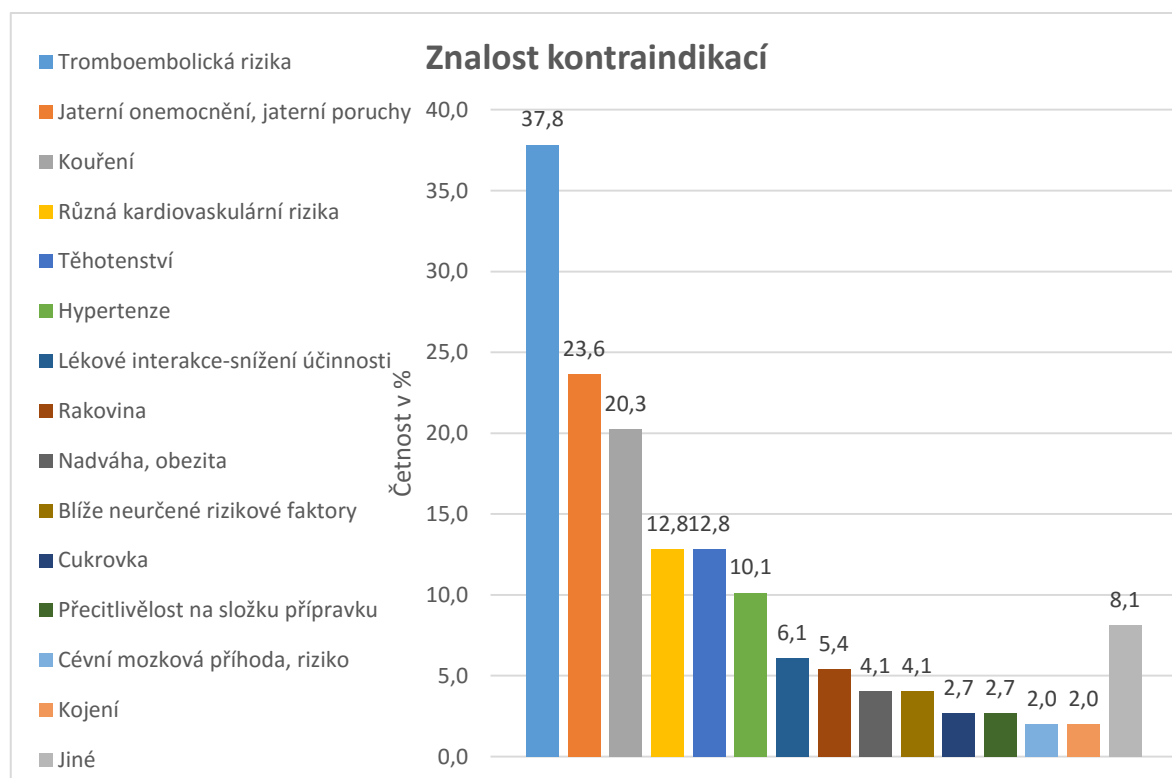
Četnost zde je uváděna k celkovému počtu 148 respondentek. Následující údaje mohou být i přes veškerou snahu lehce zkresleny tím, že se ženy vyjadřovaly vlastními slovy, tím pádem musely být vytvořeny kategorie shrnující různé výroky.

Tromboembolická rizika uvedlo 37,8 % respondentek. Tato kategorie obsahuje osobní anamnézu trombózy či embolie, trombofilní mutace, vyšší riziko trombózy například kvůli úrazu, zahrnula jsem i občasné zmínění tromboembolické nemoci u někoho z příbuzných. Druhou nejčastější kontraindikací byly s 23,6 % různá jaterní onemocnění či poruchy. Poměrně často, ve 20,3 % případů bylo zmiňováno kouření, v části odpovědí pak obzvláště silné či v souvislosti s vyšším věkem uživatelky. Pod „Různá kardiovaskulární rizika“, četnost 12,8 %, jsem shrnula blíže neurčená cévní onemocnění, onemocnění srdce či respondentkou přímo napsaná „kardiovaskulární rizika“. 12,8 % žen také uvedlo jako odpověď těhotenství, hypertenzi zmínilo 10,1 %. Užívání některých léčiv – v tabulce uvedeno jako „Lékové interakce – snížení účinnost“, považuje za kontraindikaci 6,1 % respondentek. Léčiva zde uváděná byla krom jiných obvykle antibiotika či třežalka tečkovaná, což bylo někdy zdůvodňováno snížením účinnosti hormonální antikoncepce. V 5,4 % byla zmíněna rakovina – ať už prsu, jiné hormonálně závislé karcinomy či jen obecně. Dále se objevila nadváha či obezita, 4,1 %, ve shodném procentu jiné blíže neurčené genetické/rizikové faktory, cukrovka s 2,7 %, přecitlivělost nebo alergie na některou složku přípravku také ve 2,7 %. Cévní mozková příhoda v anamnéze nebo její riziko uvedla 2 % žen, stejně tak kojení. Jiné kontraindikace, které se objevily s četností 8,1 %, byly například

psychické nemoci, chudokrevnost, epilepsie, poruchy slinivky, onemocnění ledvin, štítné žlázy, křečové žíly, menopauza, Crohnova choroba nebo migrény.

Tabulka 25 - Znalost kontraindikací

Znalost kontraindikací	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
Tromboembolická rizika	56	0,378	37,8
Jaterní onemocnění, jaterní poruchy	35	0,236	23,6
Kouření	30	0,203	20,3
Různá kardiovaskulární rizika	19	0,128	12,8
Těhotenství	19	0,128	12,8
Hypertenze	15	0,101	10,1
Lékové interakce-snížení účinnosti	9	0,061	6,1
Rakovina	8	0,054	5,4
Nadváha, obezita	6	0,041	4,1
Blíže neurčené rizikové faktory	6	0,041	4,1
Cukrovka	4	0,027	2,7
Přecitlivělost na složku přípravku	4	0,027	2,7
Cévní mozková příhoda, riziko	3	0,020	2,0
Kojení	3	0,020	2,0
Jiné	12	0,081	8,1



Graf 24 - Znalost kontraindikací

4.22 Znalost důvodů k vysazení

Na otázku „Je Vám známo, že při vzniku některých zdravotních problémů je vhodné/nutné hormonální antikoncepci vysadit?“ odpovědělo 37,2 % žen „ne“ a 62,8 % žen „ano“. Možnost „ano“ bylo opět možné rozepsat, ženy k tomu byly vyzvány.

Zajímalo mě, zda si ženy uvědomují, že kontraindikace není jen zdravotním stavem, kdy není vhodné nebo možné hormonální antikoncepci nasadit, ale zda si uvědomují, že výskyt stejných příznaků či závažných nežádoucích účinků vyžadují její vysazení. Ač na tuto otázku odpovědělo kladně o něco méně respondentek než na předešlou, opravdu se v zásadě opakovaly zdravotní stavy zmíněné v předchozí otázce. Pár žen zmínilo také vhodnost vysazení při objevení nežádoucích účinků, několik žen přímo odkázalo na své předchozí odpovědi.

Tabulka 26 - Znalost důvodů k vysazení

Znalost důvodů k vysazení	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE	55	0,372	37,2
ANO	93	0,628	62,8



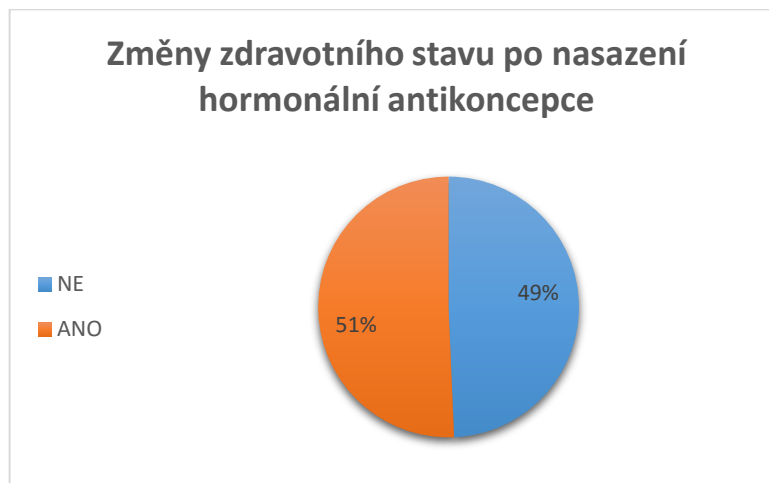
Graf 25 - Znalost důvodů k vysazení

4.23 Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce

Po nasazení hormonální antikoncepce zaznamenalo změnu zdravotního stavu 50,7 % žen.

Tabulka 27 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce

Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE	73	0,493	49,3
ANO	75	0,507	50,7



Graf 26 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce

V tabulce níže jsou zpracovány konkrétní změny, které ženy vypsaly v otevřené části otázky.

Četnost zde je uváděna k celkovému počtu 148 respondentek. Následující údaje mohou být i přes veškerou snahu lehce zkresleny tím, že se ženy vyjadřovaly vlastními slovy, tím pádem musely být vytvořeny kategorie shrnující různé výroky.

Z pozitivních efektů pocítilo zlepšení pleti, zmírnění nebo úplné vymizení akné 12,2 % žen, zlepšení průběhu menstruace, kam je zahrnuto zeslabení menstruačních bolestí, slabší krvácení, vymizení krvácení i zlepšení premenstruačního syndromu 8,8 % žen, zpravidelnění cyklu 6,8 %, zvětšení prsou si všimla 2 % žen.

Mezi negativními změnami respondentky zmiňovaly zvýšení hmotnosti v 10,1 % případů, s emoční labilitou, výkyvy nálad, přecitlivělostí, nervozitou, podrážděností či plačtivostí se potýkalo 6,8 % respondentek. Snížení libida se dotklo 4,7 %, další 4,1 % začalo mít problémy s migrénami, nebo se jim vracely častěji než dříve. Stejněmu množství žen se zhoršilo akné nebo se objevily vyrážky či přecitlivělost pokožky. Zadržování vody v těle a únavu uvedlo shodně 3,4 % žen. Dále se objevovala nevolnost, ranní nevolnost nebo pocity slabosti, 2,7 %, další 2 % žen si stěžovala na zhoršení průběhu menstruace (delší,

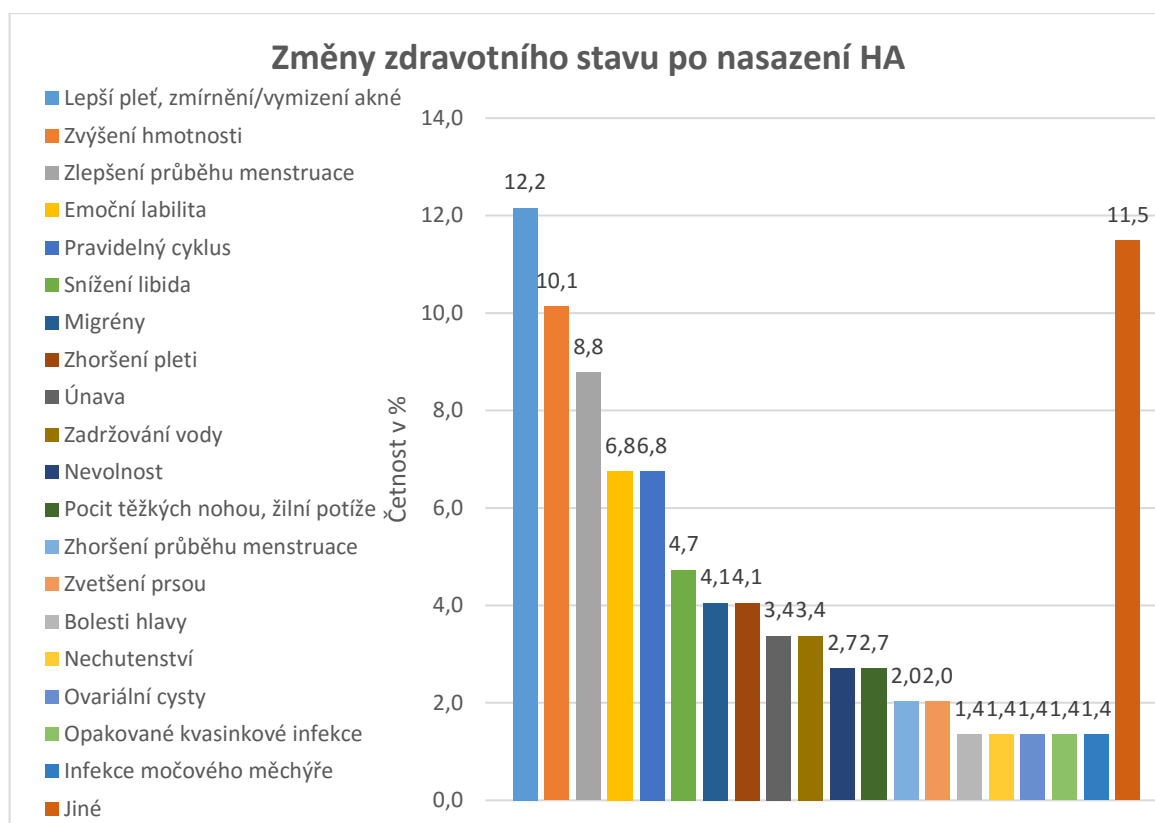
bolestivější, silnější, s migrénami a nevolností) či krvácení mimo menstruaci. Shodně 1,4 % mělo problémy s bolestmi hlavy, nechutenstvím, ovariálními cystami, opakovanými kvasinkovými infekcemi a častějšími záněty močového měchýře.

Kategorie „Jiné“ (11,5 %) obsahuje jak pozitivní, tak negativní vedlejší účinky: zdravější vlasy, přestalo dřívější krvácení z nosu, menší zadržování vody, vypadávání vlasů, hormonální výkyvy či disbalanci (jednou zjištěno přímo endokrinologickým vyšetřením), bolest prsou, plné propuknutí endometriózy, podezření na poruchy krevní srážlivosti, mírné zvýšení krevního tlaku, objevila se trombóza s doživotními komplikacemi, větší, až přílišná chuť k jídlu, tlak za očima, neschopnost intuice, vnímání signálů těla a problémy s výběrem partnera, nespecifikované bolesti, lámání nehtů a citlivost na změny tlaku či počasí.

Více byly zmiňovány negativní změny, avšak alespoň u tří respondentek se stav zlepšil po změně preparátu, u dvou zas problémy vznikly až po delší době užívání. Jedna žena uvedla, že po více jak půlročním užívání se u ní zatím projevují jen negativní vedlejší účinky, je si však jistá, že výhody pozná v budoucnu.

Tabulka 28 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce

Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
Lepší pleť, zmírnění/vymizení akné	18	0,122	12,2
Zvýšení hmotnosti	15	0,101	10,1
Zlepšení průběhu menstruace	13	0,088	8,8
Emoční labilita	10	0,068	6,8
Pravidelný cyklus	10	0,068	6,8
Snížení libida	7	0,047	4,7
Migrény	6	0,041	4,1
Zhoršení pleti	6	0,041	4,1
Únava	5	0,034	3,4
Zadržování vody	5	0,034	3,4
Nevolnost	4	0,027	2,7
Pocit těžkých nohou, žilní potíže	4	0,027	2,7
Zhoršení průběhu menstruace	3	0,020	2,0
Zvětšení prsou	3	0,020	2,0
Bolesti hlavy	2	0,014	1,4
Nečutenství	2	0,014	1,4
Ovariální cysty	2	0,014	1,4
Opakované kvasinkové infekce	2	0,014	1,4
Infekce močového měchýře	2	0,014	1,4
Jiné	17	0,115	11,5



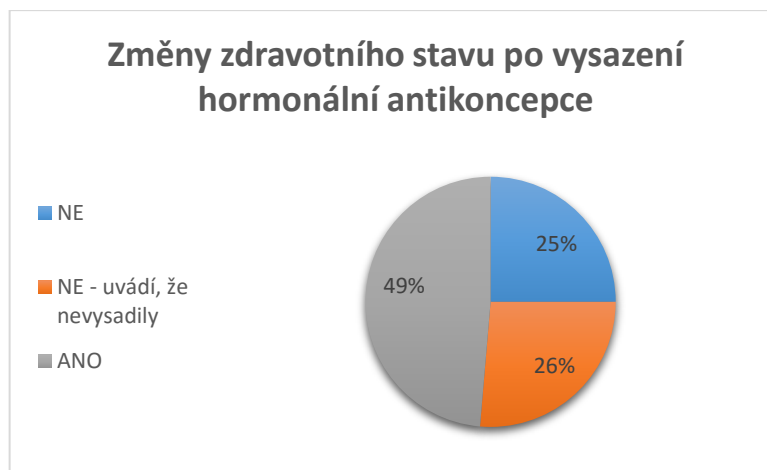
Graf 27 - Změny zdravotního stavu po nasazení HA

4.24 Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce

Otázka na změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce původně obsahovala pouze dvě možnosti odpovědi – „ano“, což odpovědělo 48,6 % žen a „ne“ s 51,4 % žen. Z předchozích otázek jsem zjistila, kolik respondentek, které uvedly, že nepocítily žádné změny, dříve uvedlo, že hormonální antikoncepci nikdy nevysadily, bylo jich 26,4 % z celkového množství 148 respondentek. Z neznámého důvodu číslo zcela nesedí s údajem v otázce číslo 12, kde uvádí 28,4 % žen, že hormonální antikoncepci nikdy nevysadily. Dle mého zjištění i několik těchto žen jmenovalo změny, které pocítily po vysazení.

Tabulka 29 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce

Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
NE	37	0,250	25,0
NE - uvádí, že nevysadily	39	0,264	26,4
ANO	72	0,486	48,6



Graf 28 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce

I v tomto případě byla otázka částečně otevřená, odpovědi byly zpracovány do tabulky.

Četnost zde je uváděna k celkovému počtu 148 respondentek. Následující údaje mohou být i přes veškerou snahu lehce zkresleny tím, že se ženy vyjadřovaly vlastními slovy, tím pádem musely být vytvořeny kategorie shrnující různé výroky.

Z negativních stavů po vysazení se vyskytovalo hlavně zhoršení akné a pleti, uvedlo 16,9 % žen, dlouhodobě nepravidelný cyklus v 9,5 % případů, horší průběh menstruace (silné bolesti, silnější krvácení, nevolnost, zvracení, průjemy, premenstruační syndrom) u 8,8 %, delší doba nástupu menstruace (i dlouhé měsíce po vysazení) a amenorea se objevila u 5,4 % respondentek. Výkyvy nálad, plačtivost trápily 2,7 % žen, zvýšení hmotnosti 2 %, vypadávání vlasů 1,4 %.

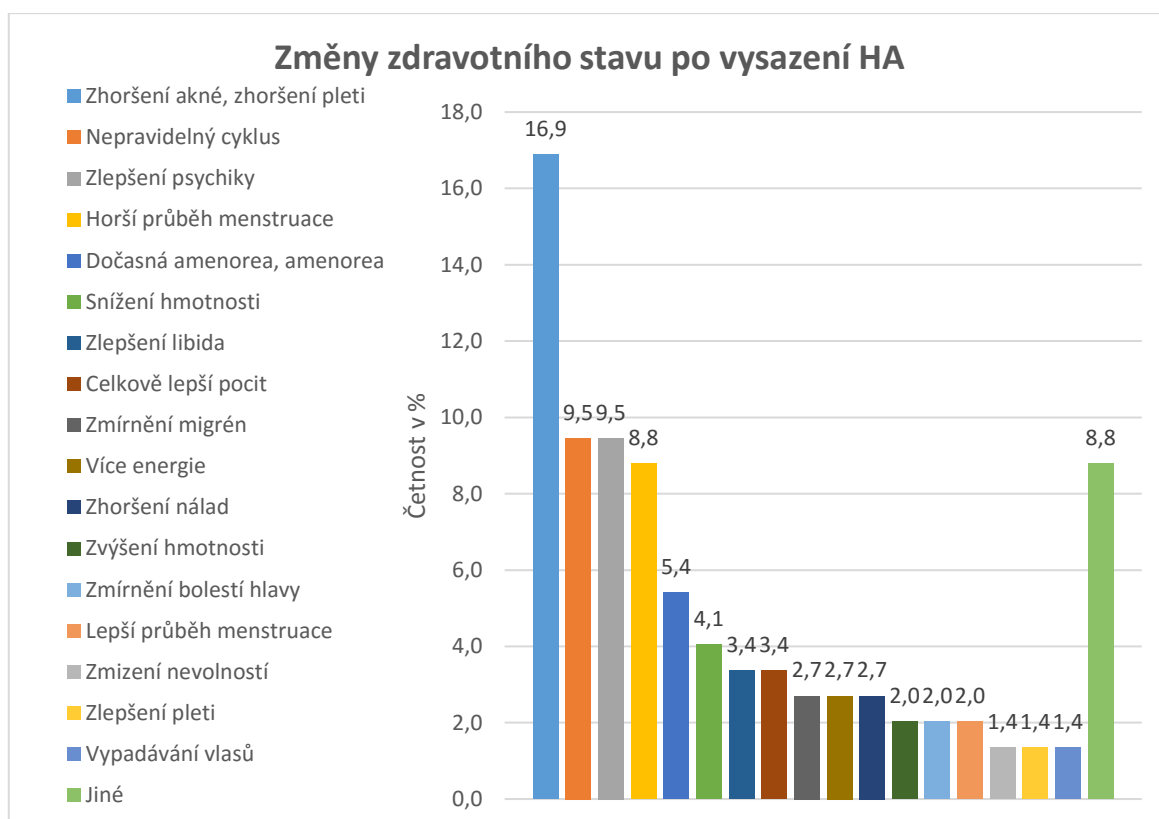
Pozitivními změnami byly zlepšení psychické pohody a nálady, větší vyrovnanost, vymizení úzkosti, zmírnění sklonů k depresím – některý tento bod uvedlo 9,5 % respondentek. Snížení hmotnosti bylo zaznamenáno u 4,1 %, zlepšení libida, výrazně lepší sexuální prožitky (snazší dosažení orgasmu) u 3,4 % žen. V kategorii „celkově lepší pocit“, kam spadá 3,4 % odpovědí, je zahrnut pocit přirozenosti, lepší intuice, lepší vnímání vlastního těla, zlepšení partnerských vztahů, obecně lepší zdravotní stav a podobně. Více energie a menší nebo žádný výskyt migrény uvedlo shodně 2,7 % žen. Vytracení bolesti hlavy a zlepšení průběhu menstruace si všimlo rovným dílem 2 % respondentek. U 1,4 % vymizely nevolnosti a zlepšila se plet’.

Jiných změn bylo 8,8 %. Zlepšení krevního tlaku, srovnání hladin hormonů (prolaktin), zlepšení kvality nehtů, rozvinutí endometriózy, ustání bolesti kolen, změna

vnímání vůní, rozpoznání ovulace, snížení množství zadržované vody nebo naopak zavodnění, větší únava, výskyt nevolnosti, změna vlasů a pleti, bohužel bez udání, zda v pozitivním či negativním slova smyslu.

Tabulka 30 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce

Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce	n = 148		
	absolutní četnost	relativní četnost	%
Zhoršení akné, zhoršení pleti	25	0,169	16,9
Nepravidelný cyklus	14	0,095	9,5
Zlepšení psychiky	14	0,095	9,5
Horší průběh menstruace	13	0,088	8,8
Dočasná amenorea, amenorea	8	0,054	5,4
Snížení hmotnosti	6	0,041	4,1
Zlepšení libida	5	0,034	3,4
Celkově lepší pocit	5	0,034	3,4
Zmírnění migrén	4	0,027	2,7
Více energie	4	0,027	2,7
Zhoršení nálad	4	0,027	2,7
Zvýšení hmotnosti	3	0,020	2,0
Zmírnění bolestí hlavy	3	0,020	2,0
Lepší průběh menstruace	3	0,020	2,0
Zmizení nevolností	2	0,014	1,4
Zlepšení pleti	2	0,014	1,4
Vypadávání vlasů	2	0,014	1,4
Jiné	13	0,088	8,8



Graf 29 - Změny zdravotního stavu po vysazení HA

4.25 Prostor pro vlastní vyjádření

Možnost k tématu cokoli doplnit využilo 21 žen. Většina z nich by uvítala zvýšení všeobecného povědomí o rizicích, zmiňovala malé množství informací získaných od gynekologa a složitou orientaci v problematice. Dle některých se ženy o zdravotní rizika či životní prostředí ze své vlastní iniciativy málo zajímají. Párkrát bylo zmíněno, že by si užívání rozmyslely, kdyby měly současné informace. Několik respondentek má také pocit, že se lékaři snaží antikoncepci prodat, mluví jen o výhodách a už nezmíní riziko, doporučují hormonální antikoncepci dívkám příliš brzy na banální problémy nebo dokonce zanedbávají vyšetření před prvním předepsáním. Některé tento prostor využily k většímu rozepsání svých problémů s užíváním. Celkové vyznění poznámek bylo spíše proti užívání antikoncepce. I v případě, že se žena nepovažovala za odpůrkyni hormonální antikoncepce, se vyskytoval názor, že pokud to není nutné a žena se s partnerem dohodne, je lepší ji neužívat.

5 Diskuze

Hormonální antikoncepce je velmi rozšířenou metodou zabráňující početí, je používána i k řešení některých méně či více závažných zdravotních problémů. Vzhledem k tomu, že se stále jedná o léčivo ovlivňující celý organismus ženy, může mít i jisté nežádoucí účinky a zdravotní rizika, o kterých by uživatelky měly vědět, obzvláště když přihlédneme k časté dlouhodobosti užívání. Má diplomová práce se zabývala informovaností a spokojeností uživatelék nebo bývalých uživatelék hormonální antikoncepce a to bez rozdílu věku, vzdělání či místa bydliště.

V této části práce shrnuji poznatky zjištěné pomocí dotazníkového šetření a rozepsané v předchozí kapitole a srovnávám je s odbornými studiemi a literaturou zabývajícími se vedlejšími účinky a riziky. Veškeré zdroje pak uvádím v seznamu použité literatury.

Nejprve bylo třeba charakterizovat soubor respondentek.

Nejpočetnější věkovou kategorií tvořící téměř polovinu zkoumaného vzorku bylo rozmezí 21-25 let, následováno téměř čtvrtinovým zastoupením kategorie 26-30 let. Necelých jedenáct procent pak zastupovaly ženy z nejmladší skupiny (15-20 let) a navazující starší skupiny (31-35 let). Minoritně byly zastoupeny dvě nejstarší věkové kategorie (2 % žen ve věku 36-40 let a 3,4 % žen starších 40 let). Částečně to snad může být způsobeno častějším užíváním hormonální antikoncepce u mladších žen, ovšem vzhledem k tomu, že můj dotazník byl mířen nejen na současné, ale i bývalé uživatelky hormonální antikoncepce, připisuji to spíše způsobu sběru dat. Dotazník jsem sdílela na sociálních sítích, kde ho vyplňovaly mé známé, moji přátelé ho pak také šířili dále. Tomu odpovídají dvě nejpočetnější zastoupené věkové kategorie, na jejichž jsem hranici (25 let).

Podobně lze zdůvodnit i nejčastěji dosažené vzdělání – vysokoškolské v 52,7 %. Ženy v mém věku a z mého okolí již mají často dokončený bakalářský nebo i magisterský stupeň vzdělání. Nevypovídá to tedy pravděpodobně nic o skladbě uživatelék hormonální antikoncepce. Druhou nejpočetnější skupinou jsou středoškolačky s maturitou v téměř třetinovém zastoupení, následuje základní vzdělání s 6,8 % a pak shodně středoškolské bez maturity a vyšší odborné se 4,7 %. Vyšší počet žen se základním vzděláním než s dvěma dále zmíněnými bude nejspíše způsoben respondentkami ve věkové kategorii 15-20 let, z nichž větší počet než v jiných kategoriích vyššího než základního vzdělání zatím nemohl dosáhnout.

Otázkou na obor studia nebo zaměstnání jsem se snažila zjistit, zda mé výsledky nebudou příliš zkresleny případným větším podílem osob věnující se zdravotnictví, (a kterých mám jako studentka zdravotnického oboru ve svém okolí pravděpodobně nadprůměrné množství) u kterých by se dala předpokládat vyšší míra informovanosti. Zdravotníků je v mém souboru 12,2 %, což považuji za uspokojivé.

Rozložení respondentek v kategoriích dle počtu obyvatel v místě jejich bydliště se zdá být již rovnoměrnější. I zde však s 35,8 % ostatní skupiny převyšují obce o velikosti 50 000 – 149 999 obyvatel, do které spadá nejen místo mého bydliště, ale i studia.

Nejvíce žen v mém průzkumu žije v nesezdaném partnerském vztahu, 61,5 %, svobodných/nezadaných je 20,9 % a vdaných 17,6 %. Na současný rodinný stav jsem se ptala především proto, abych zjistila, kolik žen užívá hormonální antikoncepci, i přesto že nejsou v partnerském vztahu. Je samozřejmě třeba odhlédnout od faktu, že dnešní doba je nakloněna sexuálními aktivitám i mimo partnerství. I tak je však zvýšená pravděpodobnost, že nežijí aktivním sexuálním životem a tedy HA pro její primární funkci nepotřebují. Krom toho je jistě rozumné se při náhodném pohlavním styku chránit nejen před těhotenstvím, ale i před sexuálně přenosnými chorobami například prezervativem. Dalším aspektem ke zvážení je efekt užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera.

Zjistila jsem, že mezi svobodnými/nezadanými ženami je 38,7 % žen, které hormonální antikoncepci užívají a dalších 3,2 % žen, které ji sice momentálně užívají, ale přemýšlí o budoucím vysazení. Dále pak 51,6 % bývalých uživatelék a 6,5 % bývalých uživatelék, které však do budoucna hormonální antikoncepci nezavrhují.

V celém souboru je pak současných uživatelék 33,1 % a k tomu 5,4 % dalších uživatelék, které snad chtějí vysadit. Překvapivě i v součtu těchto dvou čísel (38,5 %) je četnost stále o něco málo nižší, než v samotné skupině nezadaných žen-uživatelék, které hormonální antikoncepci vysadit nechtějí (38,7 %). Rozhodla jsem se tedy ještě zjistit, jaký byl u těchto žen primární důvod nasazení hormonální antikoncepce.

Pro onu jedinou svobodnou/nezadanou respondentku, která je současnou uživatelkou, avšak uvažuje o vysazení, byl prvotní důvod užívání zmírnění předmenstruačních příznaků a/nebo bolestivá menstruace. Je tedy vcelku pochopitelné, že i přes pravděpodobnou nepotřebu kontracepčního efektu hormonální antikoncepci užívá. Ve skupině dvanácti uživatelék byla hormonální antikoncepce pěti nasazena kvůli zabránění těhotenství, třem proti akné, dvěma na zmírnění předmenstruačních příznaků či bolestivou menstruaci a dalším dvěma na nepravidelný menstruační cyklus. V této dvanáctičlenné

skupině je tedy četnost žen, pro něž byl primární impulz pro nasazení předcházení početí 41,6 %. To už se od četnosti v celém souboru respondentek – 73,6 % – poměrně značně liší.

Jak zmiňuji výše, zajímala jsem se rovněž o to, zda je žena současnou či bývalou uživatelkou hormonální antikoncepce. Bývalými uživatelkami je 55,4 %, k tomu dalších 6,1 % sice momentálně neužívá, ale uvažuje o budoucím opětovném nasazení. 33,1 % je současných uživatelék, 5,4 % dalších současných uživatelék pak uvažuje o vysazení. Nadpoloviční většina bývalých uživatelék mě i s přihlédnutím k věkové skladbě mírně překvapila. Snad to může být ovlivněno tím, že důvodem pro vysazení bylo u 35,1 % našich respondentek získání nových informací, tedy pravděpodobně vyšší zájem o danou problematiku. Domnívám se, že ten mohl být i příčinou vyšší ochoty vyplnit tento dotazník.

Ptala jsem se také na věk započetí užívání. Objevilo se i několik málo respondentek, které zahájily užívání před patnáctým rokem života. Důvodem bylo zmírnění akné, úprava cyklu a poněkud překvapivě i zabránění těhotenství. V tomto věku je však akné a nepravidelný cyklus zcela normální a pravděpodobně by nevadilo počkat, zda se situace sama nevyřeší. Krom toho, že po vysazení se tyto problémy obvykle vrací ve stejné míře, v jaké se objevovaly před nasazením. Jakkoli nízký věk však není kontraindikací. (Čepický a Čepická Líbalová 2011) Nejvyšší věk započetí byl 36 let a průměrný 17,7 let.

Co se týče celkové délky užívání, nejvíce žen bylo v kategoriích 1-5 let (36,5 %) a 6-10 let (38,5 %), což dohromady dává 75 % všech uživatelék. Doplnují se tedy s věkovými kategoriemi 21-30 let (celkem 69,9 %), zvláště když vezmu v potaz průměrný začátek užívání v méně než osmnácti letech. 8,8 % užívá hormonální antikoncepci méně než rok, což částečně koresponduje s četností respondentek ve věkové skupině 15-20 let – 10,8 %. Delší doba užívání je pak podobně v souladu v počtem respondentek ve věku nad 30 let. Bohužel jsem v této otevřené otázce měla i 8,1 % neplatných odpovědí.

Hlavním důvodem k započetí užívání bylo předcházení otěhotnění, v celých 73,6 %, což se mi zdá v pořádku. Minoritními důvody bylo akné, nepravidelný cyklus či menstruační bolesti. Musím zopakovat, že by snad stálo za zamyšlení mladých žen i lékařů, zda by nebylo lepší volbou, než polykat pravidelně léčivé přípravky (obzvláště v mladém věku) raději počkat, zda se cyklus neustálí a akné alespoň v méně závažných formách léčit jinak. Samotná nepravidelnost cyklu není nemocí a navození umělého cyklu tuto potíž jen zakryje. „Léčení“ nepravidelného cyklu a akné hormonální antikoncepcí většinou jen odsune problém na později.

Důvodem, proč ženy používají právě hormonální antikoncepci, byla nejčastěji vcelku pochopitelně pohodlnost užívání (36,5 %) a její vysoká kontracepční spolehlivost (31,8 %),

na třetím místě (10,8 %) byly výhodné vedlejší účinky. 54,7 % respondentek zde uvedlo, že už tuto formu kontracepce nepoužívá. Mezi odpovědi na tuto otázku jsme zařadily i možnost „neškodnost“, je pozitivní, že tuto volbu zvolila jediná respondentka.

Díky tomu, že se dříve několik žen v mém okolí zmínilo, že se někdo snaží ovlivnit jejich rozhodnutí, co se týče užívání (obvykle přesvědčit pro užívání), mě zajímalo, jak jsou na tom další ženy.

Téměř tři čtvrtiny (71,6 %) respondentek uvedly, že hormonální antikoncepci užívají z vlastního rozhodnutí. Nezdá se mi to málo, ale znamená to, že 28,4 % žen užívá tento léčivý přípravek kvůli vlivu někoho jiného, jehož tělo však ovlivněno není.

Nejčastěji byl uváděn jako vliv na rozhodnutí partner (15,5 %). Dle některých odpovědí se to zdálo jako společné rozhodnutí – pro oba je nepříjemné používání prezervativů, možnost otěhotnění je opravdu velmi malá. Několik žen se vyjádřilo ve smyslu „bylo to v jeho zájmu“, což už se zcela v pořádku nezdá. V této odpovědi však pár žen uvedlo i fakt, že je jejich partner proti užívání hormonální antikoncepce, protože se bojí zdravotních rizik, popřípadě mají špatnou zkušenost ženy v jeho rodině, což množství žen, jež zvolilo tuto možnost, činí o něco pozitivnější.

Když ženy uvedly jako ovlivňující postavu lékaře (14,2 %), nezdály se příliš spokojeny. Jen jedna respondentka uvedla, že ji její lékařka informovala dobře a spíše ji varovala před možnými riziky, jedné další byl lék předepsán z logického důvodu současné léčby teratogenním léčivem. Obecně se ženám však zdálo, že se lékaři spíše snaží, aby ženy hormonální antikoncepci užívaly. A to i za cenu zlehčování možných nežádoucích účinků a nedostatečného informování pacientky či poněkud automatického předepsání bez předchozí diskuze. Ač nepovažuji v tomto chování dotyčného lékaře za správné, zdá se mi přinejmenším podivné, že si žena předepsanou antikoncepci bez přemýšlení za nemalé peníze také koupí a užívá, i pokud ji snad nechtěla nebo nepotřebovala.

Rodiče se bojí především brzkého těhotenství dcery, někdy díky vlastnímu brzkému rodičovství. Tento důvod se mi zdá ze všech zmíněných snad nejvíce pochopitelný, ačkoli bych považovala za správnější a lepší poučit dceru o různých možnostech a věřit v její osobní zodpovědnost. Někteří rodiče si pomáhají také zmíněním pozitivních vedlejších účinků. Objevil se však i případ, kdy matka dceru spíše varovala před nežádoucími účinky.

Tři ženy uvedly vliv přátel, z toho dvakrát ve smyslu opěvování hormonální antikoncepce a potřetí naopak ve smyslu varování.

Dále se objevil vliv společnosti, médií a základní školy – kde by bylo obzvláště vhodné neinformovat kuse, ale krom pozitiv zmínit i možná negativa.

Zajímalo mě také, co vedlo ženy k případnému vysazení. Nikdy ani na kratší dobu nevysadilo jen 28,4 % respondentek. 35,1 % vedlo k přehodnocení užívání získání nových informací, což je pro mě, kterou zajímá povědomí žen o informovanosti v zásadě dobrá zpráva. Znamená to, že zhruba třetina uživatelék se možná nezajímala o daný lék hned na začátku, ale alespoň zvýšila svou informovanost později. Osobní problémy ve formě nežádoucích účinků uvedlo 18,9 %, plánování rodiny 14,9 % žen. Odpovědi u možnosti „jiný“ obsahovaly často rozchod a s ním spojenou nepotřebu se chránit před těhotenstvím nebo všelijaké zdravotní problémy (u některých nutno dodat, že je však ženy mohly i shrnout do možnosti „obtěžující nežádoucí účinky“). Někdy vedla k vysazení pouhá zvědavost na případné změny.

Co se týče spokojenosti s užíváním, převažovaly ženy spokojené (36,5 %) a spíše spokojené (41,2 %). Spíše nespokojených a nespokojených bylo dohromady 22,3 %. Nezdá se mi to jako až tak špatný poměr, vzhledem k tomu, že relativně častým důvodem nespokojenosti byl strach ze zdravotních rizik, což může žena snadno sama vyřešit ukončením užívání.

Dotazem na zdroj informací se dostáváme k části týkající se přímo informovanosti. Nejčastěji ženy získávaly informace z příbalového letáku (65,5 %), což se mi zdá poměrně pozitivní. Znamená to, že se ženy o to co užívají, poměrně zajímají a navíc informace hledají ve spolehlivém zdroji. Co se mi příliš nelíbí je umístění lékaře-gynekologa až na druhém místě s „pouhými“ 40,5 %. Ideálně by totiž žena měla získat dostačující informace od ošetřujícího lékaře ve 100 % případů. Pomocí vlastního vyhledávání se informovalo 38,5 % respondentek, což může směle konkurovat množství informací od gynekologa. Několikrát byly sice zmíněny odborné články či zdravotnické studijní materiály, ve zcela drtivé většině však ženy hledaly informace na internetu. Otázkou jsou samozřejmě konkrétní zdroje, které nebyly uváděny, faktem však je, že na internetu je i mnoho bludů či polopravd, mnoho lidí má však tendence vnímat veškeré internetové informace jako absolutní pravdu. Jinými zdroji informací byla také rodina, známí či kamarádi, někdy uvedeno že kamarádi-zdravotníci. Zcela minoritně se vyskytujícími informačními kanály se ukázali lékárníci (3,4 %) a další zdravotničtí pracovníci (4,7 %).

Vypadá to, že i samy ženy si uvědomují, že jejich informovanost není dokonalá. Bezvýhradně „ano“ na otázku, zda se cítí dostatečně informována o rizicích, zvolilo jen 25 % žen. Spíše dostatečně informovaných se pak cítí 44,6 % žen. Skoro 70 % žen tedy nějaké informace zřejmě má, a snad je částečně dobře, že si větší část tohoto počtu uvědomuje, že o rizicích nevědí všechno. Na druhou stranu, běžná uživatelka má sice být dobře

informovaná, nemusí se však zabývat problematikou až příliš podrobně či na odborné úrovni. Dá se tedy usoudit, že ženám některé důležité informace chybí. Spíše neinformovaných se pak cítí 24,3 % žen a vůbec se necítí informováno 6,1 % žen. Dohromady to je něco málo přes 30 %, což rozhodně není zanedbatelné množství.

Že může (64,9 %) nebo spíše může (18,9 %) mít hormonální antikoncepce negativní vliv na zdraví uživatelék, předpokládá celkem 83,8 % respondentek, což se mi nezdá špatné. Možnost, která znamenala, že negativní vliv mít spíše nemůže, zvolilo 10,1 % a že rozhodně nemůže jen 0,7 % (tedy jedna respondentka). Variantu „nevím“ pak zahrlo 5,4 % žen.

Další podobně strukturovanou otázkou byl dotaz na případné ovlivnění účinnosti hormonální antikoncepce jinými léčivy nebo doplňky stravy a naopak. Tady je povědomí o něco lepší, toto riziko si plně uvědomuje 71,6 % žen a spíše uvědomuje 16,2 %. Možnost „ne“ nezvolil nikdo, „spíše ne“ jen 6,1 % respondentek a stejné množství uvedlo, že neví. Zde mi přitom dostatečná informovanost nepřijde tolik stěžejní, kritických léčiv a doplňků stravy je relativně málo, tudíž je zde vždy na zodpovědnosti lékaře, lékárníka, farmaceutického asistenta nebo třeba prodejce léčivých bylin, aby ženu informovali o možných interakcích.

Možná hrozba pro budoucnost přírody je riziko endokrinní disrupce, na kterém se složky hormonální antikoncepce podílejí. Že může hormonální antikoncepce ovlivnit životní prostředí si myslí 65,5 % žen, že spíše může 12,2 %. Tuto možnost spíše nepřipouští 5,4 % respondentek a přímo zamítá 2,7 %. U této otázky byla znát větší míra nejistoty než u předchozích, „nevím“ tvořilo 14,2 % odpovědí.

Poměrně zajímavou otázkou je vliv na výběr životního partnera. Ač tu tento vliv prokazatelně je, na otázku „Myslíte si, že užívání hormonální antikoncepce může ovlivnit výběr životního partnera?“ odpovědělo „ano“ 28,4 % žen, spíše ano jen 12,8 %. Nejvyšší četnost měla možnost „spíše ne“, 31,1 %, rezolutní „ne“ poté 17,6 %. „Nevím“ odpovědělo 10,1 % respondentek. Reálné důsledky tohoto ovlivnění jsou ovšem zatím ve hvězdách. Ženy užívající hormonální antikoncepci si podle všeho vybírají geneticky méně kompatibilní partnery, což může mít vliv na zdraví společného potomstva a tedy se současnou oblibou hormonální antikoncepce potenciálně i celého lidstva. Zdá se ale, že takové vztahy jsou obecně harmoničtější a méně se rozpadají, ačkoli se sexuální složkou vztahu jsou ženy méně spokojeny. (Roberts et al. 2012)

Pokud se jedná o reálnou znalost nežádoucích účinků a rizik, 88,5 % žen uvedlo, že alespoň nějaké znají. Četnost odpovědí je uváděna k celkovému počtu respondentek. I přes možnost rozepsání 3,4 % žen žádný nežádoucí účinek nezmínilo. Zdaleka nejčastěji pak byly

uváděny tromboembolické komplikace, což je poměrně potěšující, neboť se jedná o sice vzácné, ale potenciálně velmi nebezpečné riziko. I přes nejvyšší četnost ho však zmínilo jen 58,8 % všech žen. Uváděny byly převážně nežádoucí účinky, které jsem popisovala v teoretické části práce, a mají reálný podklad ve vědeckých studiích, ale u některých dalších se různí autoři rozcházejí. Potvrzované jsou (někdy v závislosti na typu hormonální antikoncepce) změny nálady, případně deprese, jaterní poruchy, nevolnost, bolest hlavy, nepravidelný cyklus, špinění, amenorea, migréna, zvýšení krevního tlaku, cévní mozková příhoda, retence tekutin, napětí v prsou, zvýšená chuť k jídlu, akné, ovariální cysty či infarkt. (Barták 2006; Pletzer a Kerschbaum 2014; Roztočil a Bartoš 2011) Některé jsou diskutabilní, v různých zdrojích jsou různé údaje – zvýšení hmotnosti se někdy připisuje změnám životního stylu, snížené libido některé studie vyvracejí, zvýšení rizika rakoviny prsu většina autorů nepřipouští, v případě některých jiných druhů rakoviny jako například i zde zmíněné rakoviny ovaria má hormonální antikoncepce dokonce protektivní efekt. (Barták 2006; Fait 2012) U velmi často zmiňovaných problémů s početím v zásadě žádný zdroj nepřipouští vinu hormonální antikoncepce, případné potíže se spíše připisují obecnému trendu oddalování mateřství do stále vyššího věku, kdy už přirozená plodnost ženy klesá. (Barnhart a Schreiber 2009; Křepelka 2013) Nežádoucí účinky jmenované vzácně a tedy zařazené do skupiny „jiné“ byly velmi různorodé a jak mohu soudit z otázek zajímavých se o zdravotní změny po nasazení nebo vysazení HA, často byly zmíněny díky osobní zkušenosti a jsou tak do značné míry individuální. Zmínila a vyjádřila bych se k několika z nich. Například syndrom polycystických ovarií není nežádoucím účinkem hormonální antikoncepce. Gestagenní kontracepce může sice zvyšovat výskyt ovariálních cyst, ty však obvykle samy mizí a nemají žádný negativní vliv na zdraví, kombinovaná hormonální antikoncepce se dokonce přímo používá v léčbě syndromu polycystických ovarií. (Fait 2012; Roztočil a Bartoš 2011) Nepříznivý působením na dělohu se hormonální antikoncepce také nevyznačuje, ba co víc, gestagenní i kombinovaná forma snižuje výskyt karcinomu endometria. (Brynhildsen 2014; Burke 2011) Vypadávání vlasů je snad možné, výměna za preparát s antiandrogenním účinkem snad může, ale nemusí pomoci. (Čepický a Čepická Líbalová 2011) Strach ze zastavení přirozeného vývoje pohlavních orgánů, pokud je hormonální antikoncepce nasazena příliš brzy by se snad na první pohled mohl zdát opodstatněný, avšak nikde jsem nenalezla potvrzení tohoto výroku. Jak již zmiňuji výše, Čepický dokonce přímo tvrdí, že jakkoli nízký věk není kontraindikací. (Čepický a Čepická Líbalová 2011) Hormonální antikoncepce také nemůže za vznik křečových žil. (Barták 2006) Ani spojitost zánětlivých a infekčních onemocnění s užíváním HA nebyla potvrzena,

některé typy hormonální antikoncepce dokonce snižují frekvenci onemocnění pánevní zánětlivou nemocí či vaginální mykózou. (Čepický a Čepická Líbalová 2011; Fait 2012) Jiné vnímání pachů je ovšem prokázáno. (Renfro a Hoffmann 2013) Co se týče vlivu HA na rozvoj svalové hmoty u sportovkyň, dle některých zdrojů je opravdu negativní. (Raloff 2009)

Znalost kontraindikací byla o něco nižší, nějakou uvedlo 67,6 % žen. Tromboembolická rizika zmínilo 37,8 %, problémy s játry 23,6 %, kouření 20,3 %, kardiovaskulární rizika 12,8 %, těhotenství 12,8 %, hypertenzi 10,1 %, lékové interakce 6,1 %, rakovinu 5,4 %, nadváhu či obezitu 4,1 %, blíže neurčené rizikové faktory 4,1 %, cukrovku 2,7 %, precitlivělost na některou složku přípravku 2,7 %, cévní mozkovou příhodu či její riziko 2 % a kojení také 2 % respondentek. V zásadě jsou všechny tyto kontraindikace pravdivé (Fait 2012; Roztočil a Bartoš 2011), avšak mnohdy jsou ženami přeceňovány – například uvádějí jako kontraindikaci i výskyt daného problému v rodinné anamnéze, což je snad důvodem ke zvýšené opatrnosti či podrobnějšímu vyšetření, málokdy však skutečně o kontraindikaci jde. Potíž nastává až v okamžiku, kdy se těchto rizikových faktorů sejde u dané pacientky několik. Záležitostí, které samy o sobě nevadí, v kombinaci však může nebezpečí vzrůstat, zde bylo uvedeno více – například obezita, některá další kardiovaskulární rizika, kouření (to je kontraindikací pouze u žen starších 35 let, popřípadě těžké kouření u těchto žen pak absolutní kontraindikací), u hypertenze záleží na závažnosti, stejně i diabetes je samostatně kontraindikací, jen pokud je komplikovaný. Kojení je pak kontraindikací pouze pro kombinovanou hormonální antikoncepci do šesti měsíců po porodu. V případě lékových interakcí některé ženy uváděly skupiny léčiv, která se s hormonální antikoncepcí nikterak neovlivňují, často ale byla zmiňována antibiotika – zde jde jen o některé druhy a pokud nejde o dlouhodobou léčbu, stačí jako vhodné opatření dodatečná kontracepční metoda. Stavby či nemoci shrnuté do kategorie „jiné“ byly často falešnými kontraindikacemi – Crohnova choroba, křečové žíly, onemocnění štítné žlázy, chudokrevnost. (Čepický a Čepická Líbalová 2011) Co se týče například zmíněné chudokrevnosti, u některých typů je hormonální antikoncepce naopak prospěšná zejména díky obvyklému zmírnění a zkrácení menstruačního krvácení. Také menopauza není kontraindikací v pravém slova smyslu, ale při užívání kombinované hormonální antikoncepce se její obvyklé příznaky nemusí projevit. Kolem 50. roku věku ženy je tedy na místě hormonální vyšetření. Pokud se zjistí, že je žena již po přechodu, nemá další užívání kontracepce opodstatnění. (Čepický a Čepická Líbalová 2011) Psychické nemoci či migréna (hlavně pak s aurou, u žen starších 35 let či vzniklá během užívání hormonální antikoncepce) kontraindikacemi skutečně jsou. Epilepsie kontraindikací není, problémem může být léková

interakce HA s některými antiepileptiky. Onemocnění ledvin či slinivky v souvislosti s kontracepcí není nikde zmiňováno. (Barták 2006; Křepelka 2010; Roztočil a Bartoš 2011)

V další otázce jsem se ptala, zda si uživatelky uvědomují, že mohou nastat i stavy, kdy je vhodné užívání kontracepce přerušit. Jde o to, že kontraindikace nemusí být přítomna jen v době před nasazením hormonální antikoncepce, ale může vzniknout časem a poté je vhodné léčivo vysadit. S potěšením musím říci, že ač je procento kladných odpovědí (62,8 %) o něco nižší než v předchozí otázce, rozdíl není velký a uváděné zdravotní problémy se vcelku shodovaly s minulou otázkou. Několikrát bylo řečeno, že je vhodné vysazení při objevení nežádoucích účinků, další ženy odkázaly na své předchozí odpovědi.

Poslední dvě otázky se týkaly změn zdravotního stavu po nasazení a následně vysazení hormonální antikoncepce. V obou případech změnu pocítila zhruba polovina všech respondentek, značné množství uvedených bodů se u daných otázek objevilo vzájemně v opačném smyslu (tzn. nějaké zhoršení v jedné otázce následované zlepšením v otázce druhé). Objevovaly se klasické vedlejší účinky, pozitivní i negativní, zmíněné v této práci dříve i některé další, které mé zdroje nezmiňují. Částečně to může být snad nesprávným spojením s užíváním kontracepce, částečně pak individuální reakcí každého jedince na daný preparát nebo někdy zmiňovaným placebo či nocebo efektem. (Barták 2006)

Dotazník uzavíral prostor pro vlastní dobrovolné vyjádření k tématu, které zřejmě využily spíše ženy vnímající hormonální antikoncepci negativně. Hovořily tedy o příliš častém předepisování, nedostatečnosti poskytovaných informací lékaři a jejich až příliš velkou snahu hormonální antikoncepci předepsat. Respondentky by uvítaly lepší všeobecnou informovanost o rizicích.

6 Závěr

Má diplomová práce pojednává o hormonální antikoncepci, jejích rizicích, nežádoucích účincích či kontraindikacích. Informace o nich jsem zpracovala v teoretické části práce. Cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou si různých nebezpečí vědomy samotné uživatelky, z jakých zdrojů informace získávají a zda se samy dostatečně informovány cítí. Okrajové oblasti zájmu se pak týkaly důvodů užívání nebo pozdějšího vysazení a vlastní setkávání s nežádoucími účinky. Průzkum v této oblasti probíhal pomocí dotazníkového šetření.

Pokud šlo o vyjmenování nežádoucích účinků a rizik, 88,5 % nějaké zná, několik procent však žádné neuvedlo. I když se většina vyjádřila kladně a poté i konkrétně, zdálo se mi množství zmiňovaných nežádoucích účinků malé. Krom tromboembolických rizik, která jsou sice vzácná, ale pravděpodobně nejzávažnější (a ani tak o nich všechny ženy nevědí) byly dále zmiňovány spíše častěji se vyskytující ale méně ohrožující vedlejší účinky. Nezanedbatelné procento žen (16,2 %) zde také zmínilo riziko problémů s budoucím otěhotněním, které však podle dostupných zdrojů ve skutečnosti nehrozí. Uvedeno bylo v malém množství i několik dalších nežádoucích účinků, které dle doposud publikovaných ověřených informací spojitost s hormonální antikoncepcí nemají.

Znalost kontraindikací je obecně menší, konkrétně se k nim vyjádřily asi dvě třetiny respondentek. Nicméně pokud už jsou ženám nějaké známy, poměrně často jsou také přeceňovány a význam je připisován i stavům či rodinné zátěži, které nejsou obvykle samotné kontraindikacemi. Spíše jsou impulzem k důkladnějšímu vyšetření nebo zvýšené opatrnosti, protože se mohou stát kontraindikacemi ve chvíli, kdy se podobných zvýšených rizik vyskytne více.

Ač nějaké povědomí o různých rizicích mezi uživatelkami je a ženy se informované většinou spíše cítí, nezdají se mi informace dostačující. Na jedné straně mnoho žen reálná rizika nezná, na druhé straně se mi zdá hormonální antikoncepce až demonizována, což je ovšem také následkem malé informovanosti žen. Ta by snad mohla být zlepšena vyšší aktivitou lékařů – gynekologů v tomto směru. Pouze 40,5 % respondentek uvedlo gynekologa jako zdroj svých informací, jsou zde tedy zjevně velké rezervy. Na rozdíl od často uváděných internetových zdrojů se navíc dá předpokládat, že lékařem podávané informace by byly správnější a přesnější.

Opravdu velmi malé procento žen uvedlo jako zdroj informací lékárníka (jen 3,4 %). V současných podmínkách, kdy je v lékárnách obvykle velmi málo soukromí a času, není jistě snadné snažit se předat uživatelkám větší množství informací. Ovšem i zde je potenciální prostor, který by bylo možné pro zvýšení informovanosti využít.

Částečně ovšem připisuji poměrně malé množství vypsanych nežádoucích účinků, rizik, či kontraindikací také tomu, že otázky byly otevřené. To sice na jedné strašně respondentkám takříkajíc nenašeptává, na druhé straně je pak ale takové vyplňování zdoluhavé, a aby měla žena dotazník rychle vyplněný, napíše jen jeden nebo několik málo bodů, které považuje za nejdůležitější. Případně si ve chvíli vyplňování ani nemusí vzpomenout na všechno, co zná.

Má práce má své již výše zmíněné limity, výsledky tedy spíše ilustrativní a jen zhruba nastiňují, jaká informovanost je, a realita může být více či méně vzdálená. Jistě by bylo zajímavé uskutečnit podobný průzkum ve větším rozsahu.

7 Seznam použité literatury

1. ALVERGNE, Alexandra a Virpi LUMMAA, 2010. Does the contraceptive pill alter mate choice in humans? *Trends in Ecology & Evolution* [online]. 3., roč. 25, č. 3, s. 171–179. ISSN 0169-5347. Dostupné z: doi:10.1016/j.tree.2009.08.003
2. BARNHART, Kurt T. a Courtney A. SCHREIBER, 2009. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility* [online]. 3., roč. 91, č. 3, s. 659–663. ISSN 00150282. Dostupné z: doi:10.1016/j.fertnstert.2009.01.003
3. BARTÁK, Alexandr, 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všichni selže*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1351-9.
4. BRYNHILDSEN, J., 2014. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Therapeutic Advances in Drug Safety* [online]. 1. 10., roč. 5, č. 5, s. 201–213. ISSN 2042-0986, 2042-0994. Dostupné z: doi:10.1177/2042098614548857
5. BURKE, Anne E., 2011. The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: progestin-only contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 10., roč. 205, č. 4, s. S14–S17. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2011.04.033
6. CIBULA, David, Jaroslav ŽIVNÝ a Milan HENZL, 2002. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0236-0.
7. ČEPICKÝ, Pavel, 2004. Hormonální antikoncepce. *Remedia* [online] [vid. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Gynekologie-a-porodnictvi/Hormonalni-antikoncepce/8-14-ck.magarticle.aspx>
8. ČEPICKÝ, Pavel, 2009. Qlaira – první antikoncepční pilulka s přirozeným estrogenem. *Moderní babičtví* [online] [vid. 2016-08-16]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-18/?pdf=97>
9. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-59-8.
10. ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA, 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře ngynekology*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.
11. DRAGOMAN, Monica V., 2014. The combined oral contraceptive pill- recent developments, risks and benefits. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 8., roč. 28, č. 6, s. 825–834. ISSN 15216934. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2014.06.003
12. FAIT, Tomáš, 2006. Šestinedělí. *Moderní babičtví* [online] [vid. 2016-09-05]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>
13. FAIT, Tomáš, 2012. *Antikoncepce: [přívodce ošetřujícího lékaře]*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-285-8.

14. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA, 2014. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-403-6.
15. FANTA, Michael, 2008. Kontraceptiva v gynekologické praxi. *Klinická farmakologie a farmacie* [online] [vid. 2016-07-10]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/04/07.pdf>
16. FERIN, Michel, Michelle WARREN a Raphael JEWELEWICZ, 1997. *Menstruační cyklus*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7169-350-5.
17. HABERLANDT, Edda, 2009. Ludwig Haberlandt – A pioneer in hormonal contraception. *Wiener klinische Wochenschrift* [online]. 12., roč. 121, č. 23–24, s. 746–749. ISSN 0043-5325, 1613-7671. Dostupné z: doi:10.1007/s00508-009-1280-x
18. HRACHOVEC, Petr, Marie BELEJOVÁ, Tomáš KILIÁN a Ivana OBORNÁ, 2005. Hormonální kontracepce. *Klinická farmakologie a farmacie* [online] [vid. 2016-07-10]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2005/04/06.pdf>
19. INGERSLEV, Flemming, Elvira BRÄUNER a Bent HALLING-SØRENSEN, 2003. Pharmaceuticals and personal care products: A source of endocrine disruption in the environment? *Pure and Applied Chemistry* [online] [vid. 2016-08-16]. Dostupné z: <http://vbn.aau.dk/files/63143361/IUPAC2003.pdf>
20. JÜRGENS, Monika D., Karlijn I. E. HOLTHAUS, Andrew C. JOHNSON, Jennifer J. L. SMITH, Malcom HETHERIDGE a Richard J. WILLIAMS, 2002. The potential for estradiol and ethinylestradiol degradation in english rivers. *Environmental Toxicology and Chemistry* [online]. 3., roč. 21, č. 3, s. 480–488. ISSN 07307268, 15528618. Dostupné z: doi:10.1002/etc.5620210302
21. KOLIBA, Peter, 2007. Rizika a přínos hormonální antikoncepce. *Interní medicína* [online] [vid. 2016-04-26]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/11/09.pdf>
22. KŘEPELKA, Petr, 2010. Cesty vývoje hormonální kontracepce - Gynekologie a porodnictví - ZDN. *Postgraduální medicína* [online] [vid. 2016-08-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/cesty-vyvoje-hormonalni-kontracepce-449546>
23. KŘEPELKA, Petr, 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2991-9.
24. LITTLE, Anthony C., Robert P. BURRISS, Marion PETRIE, Benedict C. JONES a S. Craig ROBERTS, 2013. Oral contraceptive use in women changes preferences for male facial masculinity and is associated with partner facial masculinity. *Psychoneuroendocrinology* [online]. 9., roč. 38, č. 9, s. 1777–1785. ISSN 0306-4530. Dostupné z: doi:10.1016/j.psyneuen.2013.02.014
25. MANSOUR, Diana, Pirjo INKI a Kristina GEMZELL-DANIELSSON, 2010. *Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature* [online] [vid. 2016-08-14]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4ba6b6b4-9755-4dd4-b5a8-9208112613a7%40sessionmgr4008&hid=4103>

26. NELSON, Lawrence M., ET AL. a ET AL., 2014. Menstruation and the menstrual cycle fact sheet | womenshealth.gov. *Women's Health* [online] [vid. 2016-06-30]. Dostupné z: <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/menstruation.html>
27. PLETZER, Belinda A. a Hubert H. KERSCHBAUM, 2014. 50 years of hormonal contraception - time to find out, what it does to our brain. *Frontiers in Neuroscience* [online]. 21. 8., roč. 8 [vid. 2016-08-28]. ISSN 1662-453X. Dostupné z: doi:10.3389/fnins.2014.00256
28. PROCHÁZKA, Martin a Jana PROCHÁZKOVÁ, 2010. Hormonální antikoncepce a trombofilní stavy. *Interní medicína* [online] [vid. 2016-07-20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/07.pdf>
29. RALOFF, Janet, 2009. Contraceptives and muscle gains. *Science News*. 23. 5., roč. 175, č. 11, s. 12–12. ISSN 00368423.
30. RENFRO, Kaytlin J. a Heather HOFFMANN, 2013. The relationship between oral contraceptive use and sensitivity to olfactory stimuli. *Hormones and Behavior* [online]. 3., roč. 63, č. 3, s. 491–496. ISSN 0018506X. Dostupné z: doi:10.1016/j.yhbeh.2013.01.001
31. ROACH, Rej, Fm HELMERHORST, Wm LIJFERING, T STIJNEN, A ALGRA a Om DEKKERS, 2015. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*. č. 8. ISSN 1469493X.
32. ROBERTS, S. C., L. M. GOSLING, V. CARTER a M. PETRIE, 2008. MHC-correlated odour preferences in humans and the use of oral contraceptives. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* [online]. 7. 12., roč. 275, č. 1652, s. 2715–2722. ISSN 0962-8452, 1471-2954. Dostupné z: doi:10.1098/rspb.2008.0825
33. ROBERTS, S. C., K. KLAPILOVA, A. C. LITTLE, R. P. BURRISS, B. C. JONES, L. M. DEBRUINE, M. PETRIE a J. HAVLICEK, 2012. Relationship satisfaction and outcome in women who meet their partner while using oral contraception. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* [online]. 7. 4., roč. 279, č. 1732, s. 1430–1436. ISSN 0962-8452, 1471-2954. Dostupné z: doi:10.1098/rspb.2011.1647
34. ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.
35. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
36. SHULMAN, Lee P., 2011. The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 10., roč. 205, č. 4, s. S9–S13. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2011.06.057
37. SIMMER, H.H., 1971. On the history of hormonal contraception II. Otfried Otto Fellner (1873-19??) and estrogens as antifertility hormones. *Contraception* [online]. 1., roč. 3, č. 1, s. 1–20. ISSN 00107824. Dostupné z: doi:10.1016/0010-7824(71)90037-0

38. ŠMÍROVÁ, Simona, Miroslav CHOCHOLA a Michael ASCHERMANN, 2002. Hluboká žilní trombóza v souvislosti s užíváním estrogen-gestagenní perorální antikoncepce. *Kardiologická revue* [online] [vid. 2016-08-15]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=kr_02_04_08s.pdf
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* [online] [vid. 2016-08-15]. ISBN 978-92-4-154915-8. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1
40. XU, Zhenlin, Ying LI, Shaowen TANG, Xiaoping HUANG a Tong CHEN, 2015. Current use of oral contraceptives and the risk of first-ever ischemic stroke: A meta-analysis of observational studies. *Thrombosis Research* [online]. 7., roč. 136, č. 1, s. 52–60. ISSN 00493848. Dostupné z: doi:10.1016/j.thromres.2015.04.021

8 Seznam zkratek

CMP	Cévní mozková příhoda
COC	Combined oral contraception (Kombinovaná orální kontracepce)
ČR	Česká republika
DMPA	Depotní medroxyprogesteron acetát
FSH	Folikulostimulační hormon
GnRH	Gonadoliberin
HA	Hormonální antikoncepce
LH	Luteinizační hormon
MHC	Major histocompatibility complex (Hlavní histokompatibilní komplex)
SHBG	Sex hormone-binding globulin (Globulin vážící pohlavní hormony)

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pearlův index jednotlivých antikoncepčních metod (přibližné hodnoty).....	21
Tabulka 2 - Věk	25
Tabulka 3 - Vzdělání.....	26
Tabulka 4 - Obor.....	27
Tabulka 5 - Místo bydliště	28
Tabulka 6 - Rodinný stav	29
Tabulka 7 - Aktuální užívání/neužívání HA.....	30
Tabulka 8 - Svobodná/nezadaná	31
Tabulka 9 - Věk započetí užívání	32
Tabulka 10 - Celková délka užívání	33
Tabulka 11 - Hlavní důvod započetí užívání	34
Tabulka 12 - Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce.....	35
Tabulka 13 - Možné ovlivnění okolím	37
Tabulka 14 - Důvod ukončení užívání.....	38
Tabulka 15 - Spokojenost s užíváním.....	40
Tabulka 16 - Zdroj informací.....	41
Tabulka 17 - Osobní pocit dostatečné informovanosti	42
Tabulka 18 - Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví	43
Tabulka 19 - Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů	44
Tabulka 20 - Názor na ovlivnění životního prostředí	45
Tabulka 21 - Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera.....	46
Tabulka 22 - Znalost nežádoucích účinků a rizik	46
Tabulka 23 - Znalost nežádoucích účinků a rizik	48
Tabulka 24 - Znalost kontraindikací.....	49
Tabulka 25 - Znalost kontraindikací.....	51
Tabulka 26 - Znalost důvodů k vysazení	52
Tabulka 27 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce.....	53
Tabulka 28 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce.....	54
Tabulka 29 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce.....	55
Tabulka 30 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce.....	57

10 Seznam grafů

Graf 1 - Věk	25
Graf 2 - Vzdělání	26
Graf 3 - Obor.....	27
Graf 4 - Místo bydliště.....	28
Graf 5 - Rodinný stav.....	29
Graf 6 - Aktuální užívání/neužívání HA.....	30
Graf 7 - Svobodná/nezadaná.....	31
Graf 8 - Věk započetí užívání	32
Graf 9 - Celkové délka užívání	33
Graf 10 - Hlavní důvod započetí užívání.....	34
Graf 11 - Důvod volby této konkrétní metody antikoncepce	35
Graf 12 - Možné ovlivnění okolím	37
Graf 13 - Důvod ukončení užívání	38
Graf 14 - Spokojenost s užíváním.....	40
Graf 15 - Zdroj informací	42
Graf 16 - Osobní pocit dostatečné informovanosti.....	43
Graf 17 - Názor na možnost negativního vlivu hormonální antikoncepce na zdraví	44
Graf 18 - Názor na ovlivnění účinnosti dalších současně užívaných preparátů	45
Graf 19 - Názor na ovlivnění životního prostředí.....	45
Graf 20 - Názor na vliv užívání hormonální antikoncepce na výběr partnera.....	46
Graf 21 - Znalost nežádoucích účinků a rizik.....	47
Graf 22 - Znalost nežádoucích účinků a rizik.....	49
Graf 23 - Znalost kontraindikací.....	50
Graf 24 - Znalost kontraindikací.....	51
Graf 25 - Znalost důvodů k vysazení.....	52
Graf 26 - Změny zdravotního stavu po nasazení hormonální antikoncepce.....	53
Graf 27 - Změny zdravotního stavu po nasazení HA	55
Graf 28 - Změny zdravotního stavu po vysazení hormonální antikoncepce	56
Graf 29 - Změny zdravotního stavu po vysazení HA	58

11 Příloha

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Křiklánová, jsem studentkou Univerzity Karlovy, Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. Připravuji diplomovou práci na téma „Hormonální antikoncepce – informovanost uživatelé“. Prosím Vás o vyplnění tohoto dobrovolného anonymního dotazníku.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Prosím o vyplnění pouze ženy, které UŽÍVAJÍ nebo někdy DŘÍVE UŽÍVALY hormonální antikoncepci. Označte, prosím, Vámi zvolenou odpověď (případně více odpovědí) a/nebo doplňte dalším slovním vysvětlením. Odpovídejte, prosím, pravdivě a upřímně. Vaše odpovědi budou využity pouze pro účely vypracování mé diplomové práce. Děkuji Vám za pomoc a za čas, který jste vyplnění dotazníku věnovala.

Jana Křiklánová

1) Věk:

- 15-20 let
- 21-25 let
- 26-30 let
- 31-35 let
- 36-40 let
- 41 a více let

2) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3) Obor studia/zaměstnání

- Přírodovědný
- Zdravotnický
- Technický
- Humanitní
- jiné (doplňte, prosím):

4) Místo bydliště:

- pod 2 000 obyvatel
- 2 000 – 9 999 obyvatel
- 10 000 – 49 999 obyvatel
- 50 000 – 149 999 obyvatel
- 150 000 – 499 999 obyvatel
- nad 500 000 obyvatel

5) Rodinný stav:

- svobodná/nezadaná
- v partnerském vztahu
- vdaná

6) Hormonální antikoncepci v tuto chvíli:

- užíváte
- již neužíváte
- momentálně neužíváte, ale uvažujete, že se k ní v budoucnu vrátíte
- užíváte, ale uvažujete o vysazení

- 7) V kolika letech věku jste začala užívat hormonální antikoncepci?
V letech
- 8) Jak dlouho užíváte/užívala jste hormonální antikoncepci celkem? (Prosím, uveďte ve tvaru např. X měsíců, X let...)
.....
- 9) Z jakého hlavního důvodu Vám lékař poprvé předepsal hormonální antikoncepci?
- zabránění těhotenství
 - nepravidelný menstruační cyklus
 - zmírnění předmenstruačních příznaků, bolestivá menstruace
 - proti akné
 - jiné (doplňte, prosím):
- 10) Z jakého důvodu nepoužíváte jiný způsob ochrany před otěhotněním než hormonální antikoncepci?
- pohodlnost užívání
 - spolehlivost
 - výhodné vedlejší účinky
 - neškodnost
 - hormonální antikoncepci už nepoužívám
 - jiné (doplňte, prosím):
- 11) Máte pocit, že se někdo snaží/snažil ovlivnit Váš názor ve smyslu pro užívání hormonální antikoncepce? U odpovědi ANO uveďte, prosím, důvod.
- NE, HA užívám/užívala jsem ze svého vlastního rozhodnutí
 - ANO, partner:
 - ANO, lékař:
 - ANO, rodiče:
 - ANO, přátelé:
 - ANO, někdo jiný:

12) Pokud jste přestala hormonální antikoncepci užívat, z jakého důvodu to bylo?

- hormonální antikoncepci užívám a nikdy jsem ji užívat nepřestala
- obtěžující nežádoucí účinky
- získání nových informací, přehodnocení stanoviska
- plánování těhotenství
- jiný (doplňte, prosím):

13) Jste/byla jste spokojena s hormonální antikoncepcí? Uveďte, prosím, proč:

- ano:
- ano:
- spíše ne:
- ne:

Další otázky jsou zaměřeny na Vaši informovanost. Prosím, odpovídejte upřímně podle svých aktuálních vědomostí.

14) O případných rizicích a nežádoucích účincích při užívání hormonální antikoncepce Vás informoval:

- lékař – gynekolog
- lékárník
- zdravotní sestra/jiný zdravotnický pracovník
- neinformoval Vás nikdo
- přečetla jste si o nich v příbalovém letáku
- informace jste si vyhledala sama (doplňte, prosím, zdroje informací):

.....
.....

- jiné (doplňte, prosím):

15) Cítíte se dostatečně informována o těchto rizicích?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

16) Může mít užívání hormonální antikoncepce negativní vliv na zdravotní stav uživatelé?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

17) Může užívání hormonální antikoncepce ovlivňovat účinnost jiných současně užívaných léků či doplňků stravy nebo mohou jiné léky či doplňky stravy ovlivnit účinnost hormonální antikoncepce?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

18) Může masové užívání hormonální antikoncepce nějak ovlivňovat naše životní prostředí?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

19) Myslíte si, že užívání hormonální antikoncepce může ovlivnit výběr životního partnera?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

20) Znáte nějaké nežádoucí účinky nebo zdravotní rizika užívání hormonální antikoncepce?

- NE
- ANO - doplňte, prosím, jaké znáte:

21) Víte, za jakých okolností není vhodné hormonální antikoncepce nasazovat (tzv. kontraindikace)?

- NE
- ANO - doplňte, prosím, jaké znáte:

22) Je Vám známo, že při vzniku některých zdravotních problémů je vhodné/nutné hormonální antikoncepce vysadit?

- NE
- ANO - doplňte, prosím, jaké znáte:

23) Zaznamenala jste po nasazení hormonální antikoncepce nějaké změny zdravotního stavu?

- NE
- ANO - vyjmenujte, prosím:

24) Zaznamenala jste po vysazení hormonální antikoncepce nějaké změny zdravotního stavu?

- NE
- ANO - vyjmenujte, prosím:

25) Pokud chcete k danému tématu ještě cokoli doplnit, můžete zde:

.....

.....

.....

.....

.....

.....